

Netzwerkanalyse zur Integration schwangerer Flüchtlingsfrauen in das Gesundheitssystem in Köln

Network analysis for integrating pregnant
female refugees into the health system in
Cologne

Master-Thesis zur Erlangung des Grades „Master of Arts“

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

Masterstudiengang Pflegemanagement

Verfasserinnen

Christiane Klekamp

Angela Rocholl

Erstprüferin

Prof. Dr. Renate Zwicker-Pelzer

Zweitprüferin

Prof. Dr. Andrea Schiff

Datum der Abgabe der Arbeit

01. Juli 2016

Netze sollen fangen, auffangen, tragen, schützen.

Netze sollen Sicherheit und Verlässlichkeit geben, ihr Wesen ist gekennzeichnet von einer gewissen Flexibilität, aber mindestens gleichwertig von Faktoren wie Stabilität und Konstanz. Sie haben einen tendenziell passiven Charakter (Christa 2008: 413).

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
2. LITERATURRECHERCHE	4
3. AUSGANGSSITUATION	6
3.1. STATISTISCHE DATEN	6
3.2. FORSCHUNGSSTAND	7
4. THEORETISCHE GRUNDLAGEN	11
4.1. NETZWERK	11
4.2. ÖKOLOGISCHE SYSTEMTHEORIE NACH BRONFENBRENNER	12
5. RECHTLICHE GRUNDLAGEN	17
5.1. INTERNATIONALES- UND BUNDESRECHT	17
5.1.1. Flüchtling	17
5.1.2. Asylrecht	18
5.1.3. Aufenthaltsgesetz	20
5.1.4. Asylbewerberleistungsgesetz	20
5.1.5. EU-Aufnahmerichtlinie RL 2013/33/EU	21
5.2. VERSORGUNGSREGELUNGEN FÜR SCHWANGERE FRAUEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM	22
5.2.1. Gesundheitssystem	22
5.2.2. SGB V	23
5.2.3. Mutterschaftsrichtlinien	24
5.2.4. Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO NRW)	25
5.2.5. Elektronische Gesundheitskarte	25
6. BESTEHENDE MODELLE UND INFORMATIONSPLATTFORMEN ZUR INTEGRATION IN DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG	27
6.1. DAS „BREMER MODELL“	27
6.2. PROJEKT „FLÜCHTLINGE IM BLICK“ DES PRO FAMILIA LANDESVERBANDES NRW MIT DER BERATUNGSSTELLE BONN 2015-2018	28
6.3. PROJEKT: „IST GESUNDHEIT TEILBAR“	29
6.4. MODELLPROJEKT „ERSTORIENTIERUNG UND DEUTSCH LERNEN FÜR ASYLBEWERBER“	30
6.5. PROJEKT „MIMI“ (MIT MIGRANTEN FÜR MIGRANTEN) IN NRW/KÖLN	30
6.6. INFORMATIONSPLATTFORMEN	31
7. BETEILIGTE AKTEURE BEI DER VERSORGUNG SCHWANGERER FLÜCHTLINGSFRAUEN IN KÖLN	33
7.1. KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NORDRHEIN	33
7.2. STADT KÖLN	34
7.2.1. Amt für Wohnungswesen	34
7.2.2. Amt für Soziales und Senioren	34

7.2.3. Gesundheitsamt	35
7.3. TRÄGER DER FLÜCHTLINGSEINRICHTUNGEN	36
7.4. SCHWANGERSCHAFTSBERATUNGSSTELLEN	38
7.5. HEBAMMEN UND FRAUENÄRZTE	40
7.6. KRANKENHÄUSER	41
7.7. KÖLNER FLÜCHTLINGSRAT	41
7.8. SONSTIGE	42
8. FORSCHUNGSDESIGN DER NETZWERKANALYSE	43
8.1. ENTWICKLUNG DER FORSCHUNGSFRAGE	43
8.2. METHODIK	44
8.3. ETHISCHE ASPEKTE	46
8.4. DATENERHEBUNGSMETHODE	47
8.5. INSTRUMENT	48
8.5.1. Interviewleitfaden 1 (Einzelakteure)	50
8.5.2. Interviewleitfaden 2 (Institution)	51
8.5.3. Pretest	52
8.6. FELDZUGANG	53
8.7. STICHPROBE	56
8.8. DATENAUSWERTUNG	58
9. INTERVIEWS	61
10. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	69
10.1. KATEGORIE: VORGABEN ZUR AUSÜBUNG DER TÄTIGKEIT	70
10.2. KATEGORIE: BESONDERE QUALIFIKATION ZUR AUSÜBUNG DER TÄTIGKEIT	71
10.3. KATEGORIE: ABRECHNUNGSMODALITÄTEN	71
10.4. KATEGORIE: ERSTKONTAKT	73
10.5. KATEGORIE: ZUSAMMENARBEIT DER AKTEURE	73
10.6. KATEGORIE: ÜBERSETZUNGSPROBLEMATIK	81
10.7. KATEGORIE: KULTURELLE EIGENARTEN	84
10.8. KATEGORIE: KOMMUNIKATION	86
10.9. KATEGORIE: KRITIK/KONFLIKTE UND NICHT BEWÄHRTE KONZEPTE ODER PROJEKTE	88
10.10. KATEGORIE: VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE	93
11. THEORIEGELEITETE ERGEBNISDARSTELLUNG	95
11.1. THESE 1: DIE LEITUNGSKRÄFTE DER UNTERKÜNFTE SPIELEN EINE ZENTRALE ROLLE FÜR DIE INTEGRATION DER SCHWANGEREN FLÜCHTLINGSFRAUEN IN DAS GESUNDHEITSSYSTEM.	96
11.2. THESE 2: FEHLENDE ÜBERSETZUNGSMÖGLICHKEITEN UND DIE HERKUNFT DER SCHWANGEREN FLÜCHTLINGSFRAUEN BEEINFLUSSEN DIE INTEGRATION IN DAS GESUNDHEITSSYSTEM.	101
11.3. THESE 3: KÖLN VERFÜGT ÜBER EIN NETZWERK VON AKTEUREN, IN DAS JEDOCH NICHT ALLE INTEGRIERT SIND.	105

11.4. THESE 4: ES FEHLEN EINHEITLICHE KONZEPTE ZUR INTEGRATION DER SCHWANGEREN FLÜCHTLINGSFRAUEN IN DAS GESUNDHEITSSYSTEM.	110
12. DISKUSSION	114
13. REFLEXION	118
13.1. REFLEXION DES FORSCHUNGSPROZESSES	118
13.2. GRUPPENREFLEXION	121
14. FAZIT UND AUSBLICK	122
15. QUELLENVERZEICHNIS	126
15.1. LITERATURVERZEICHNIS	126
15.2. ZEITSCHRIFTENVERZEICHNIS	130
15.3. INTERNETVERZEICHNIS	131
16. ANHANG I	139

Anmerkungen:

- Soweit im Folgenden Berufs-, Gruppen- und/oder Personenbezeichnungen Verwendung finden, so ist auch stets die jeweils weibliche Form gemeint.
- Bei zusammengesetzten Substantiven wird die männliche Form beibehalten.
- Im Text verwendete Abkürzungen werden im nachfolgenden Verzeichnis erklärt.
- Mehrere Quellen eines Verfassers eines Jahres oder ohne Jahresangaben werden mit Kleinbuchstaben gekennzeichnet, die im Quellenverzeichnis wiederzufinden sind.
- Das Quellenverzeichnis ist in Literatur-, Zeitschriften- und Internetverzeichnis unterteilt.
- Die Namen der Akteure sind abgekürzt, um eine direkte Wiedererkennung zu vermeiden.

Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BAfF e. V	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Inneren
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
bpb	Bundeszentrale für politische Bildung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DBT	Deutscher Bundestag
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HeBO NRW	Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger Nordrhein-Westfalen
IB	Internationaler Bund
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
MGEPA NRW	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein Westfalen
MIK NRW	Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen
MiMi	Das Gesundheitsprojekt mit Migranten für Migranten
o. J.	ohne Jahr

o. O.	ohne Ort
o. S.	ohne Seitenzahl
SGB	Sozialgesetzbuch
SKF	Sozialdienst Katholischer Frauen
SKM	Sozialdienst Katholischer Männer
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
Unicef	United Nations International Childrens Emergency Fond

1. Einleitung

Im Jahr 2015 wurden über 440 000 neue Asylanträge gestellt (BAMF 2016a: 7). Diese beinhalten nicht die Zahl an Flüchtlingen, bei denen es noch zu keiner Registrierung kommen konnte. Laut den Statistiken des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge liegt der Anteil an Frauen bei 30% (vgl. ebd.: 19). Diese Zahlen haben sich in den letzten Monaten nicht nur durch die europäische Asylpolitik, sondern durch die immer prekärer werdende Situation in den Herkunftsländern dahingegen geändert, dass mittlerweile bis zu 60% der Flüchtenden Frauen sind, die den Weg über das Mittelmeer nehmen (Unicef Press centre 2016: o. S.).

Unter den Frauen befinden sich viele, die schon schwanger sind, wenn sie in Deutschland ankommen, oder hier schwanger werden. Sie stammen in der Mehrheit aus Ländern, in denen keine oder andere gesundheitliche Vorsorge- und Versorgungsstrukturen existieren, wodurch das deutsche Gesundheitssystem neue Herausforderungen erfährt (vgl. Böhmer 2007: 7).

Dies fiel auch den Forscherinnen innerhalb ihres Berufsfeldes als Hebammen auf, da sprachliche Hindernisse und fehlende organisatorische Strukturen offensichtlich wurden. Durch die berufliche Sozialisierung bei der Autorinnen entstand das Interesse, gemeinsam diese Thematik innerhalb der Forschungsarbeit zu verfolgen.

Das deutsche Gesundheitssystem sieht vor, dass bei der gesundheitlichen Versorgung schwangerer Frauen mehrere Akteure beteiligt sind. Dies sind im Normalfall der Frauenarzt, die Hebamme und die geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses. Diese Versorgung ist rechtlich durch mehrere Gesetzesvorgaben und Richtlinien unter Einbezug der Kostenträger geregelt (BMJV 2016b, G-BA 2015). Das oberste Ziel ist dabei, Risiken für Mutter und Kind frühzeitig auszumachen und gesundheitliche und soziale Defizite zu erkennen und zu beheben. In Deutschland sozialisierte Frauen sind in dieses System integriert und bedürfen nur in Ausnahmefällen, wie sozialen Notlagen und Schwangerschaftskonfliktlagen, Unterstützung durch weitere Akteure.

Die Stadt Köln¹ verfügt über eine flächendeckende Anzahl von Akteuren, die für die Versorgung schwangerer Frauen zuständig sind. Mit der steigenden Anzahl schwangerer Flüchtlingsfrauen und den damit verbundenen Sprachproblemen, fehlender Diagnostik und fehlenden Versorgungskapazitäten in allen Bereichen gelangt das System an seine Grenzen.

Da sich die öffentlichen Schwerpunkte primär auf Unterkunft, Ernährung und medizinische Erstversorgung bzw. prospektive soziale Integration beziehen, steht die Gesundheitsversorgung schwangerer Flüchtlingsfrauen bis jetzt wenig im öffentlichen Fokus, noch liegen genaue Zahlen vor (siehe Kapitel 3.1.). Aufgrund schon vorhandener wissenschaftlicher Arbeiten zur Thematik Migration und Schwangerschaft, war es das Anliegen der Autorinnen, die organisatorische Umsetzung dieser Erkenntnisse in Köln nachzuverfolgen. Deshalb wird in der vorliegenden Arbeit folgende Fragestellung behandelt:

Wie erfolgt die Integration schwangerer Flüchtlingsfrauen in das Vorsorge- und Versorgungssystem des Gesundheitswesens in Köln und wie kooperieren die Akteure des Sozial- und Gesundheitswesens dabei?

Eine Betrachtung des Ist-Zustandes mit Hilfe von Expertinneninterviews diente dazu, darüber Aufschluss zu geben. Die Wahl der Stadt Köln als Forschungsraum hat Vorteile sowie forschungspragmatische Gründe. Durch das langjährige berufliche Wirken einer der Autorinnen im Stadtgebiet waren fundierte Kenntnisse der Situation im Kölner Gesundheitswesen und gute Möglichkeiten des Zugangs zum Feld vorhanden. Der Forschungsraum wurde explizit eingegrenzt, um den Ressourcen dieser Arbeit zu entsprechen.

Die Forscherinnen analysierten die generierten Ergebnisse mit Hilfe der ökologischen Systemtheorie nach BRONFENBRENNER (1976, 1989) und wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Netzwerkarbeit (Kapitel 4).

Deswegen setzt sich die Arbeit in Kapitel 2, nach einer kurzen Beschreibung der Literaturrecherche mit der statistischen und wissenschaftlichen

¹ Stadt Köln bezieht sich hier nicht auf eine Institution, sondern auf das Stadtgebiet.

Ausgangslage zum Thema Migration und Schwangerschaft in Kapitel 3 auseinander. Die theoretischen Grundlagen zur ökologischen Systemtheorie sowie der Netzwerkarbeit und -analyse werden in Kapitel 4 erörtert. Inwiefern die ökologische Systemtheorie dazu beitragen kann, die Interaktion zwischen den verschiedenen Akteuren im Sozial- und Gesundheitswesen untereinander und mit der schwangeren Flüchtlingsfrau zu verstehen und zu analysieren, wird daraus ersichtlich. Um den Sonderstatus der Flüchtlingsfrau in Abgrenzung zu anderen Migrationsformen und die Regelversorgung in Deutschland darzustellen, werden in Kapitel 5 rechtliche Grundlagen und gesundheitliche Versorgungsgrundlagen dargestellt. Anschließend findet ein Überblick über praktizierte Gesundheitsprojekte statt, um in der Ergebnisanalyse einen Einfluss auf die Kölner Akteure zu evaluieren. Als Einstieg in die empirische Auseinandersetzung mit der Situation in Köln erfolgt eine Bestandsaufnahme derjenigen Institutionen und Akteure (Kapitel 7), die in das fachliche kommunale Netzwerk eingebunden sind und Angebote für schwangere Flüchtlingsfrauen bieten. Aus diesen wurden die Expertinnen für die Interviews gewonnen. In Kapitel 8 wird das Forschungsdesign beschrieben, worauf der empirische Teil mit der Darstellung der Expertinnen folgt und sich in Kapitel 10 die kategorisierten Daten in deskriptiver Form anschließen. Diese werden daraufhin theoriegeleitet interpretiert (Kapitel 11) und anschließend diskutiert. Der Reflexion der Arbeit schließt sich Fazit und Ausblick an. Das Quellenverzeichnis bildet den Abschluss der Arbeit.

2. Literaturrecherche

Um einen Überblick über die Thematik zu finden, informierten sich die Forscherinnen im Vorfeld unsystematisch im Internet bezüglich Quellen zum Thema „Integration von Migranten in das Gesundheitssystem“ und „Asylrecht“. Durch das managerielle Praktikum einer Forscherin im Rahmen des Studiums beim Landesverband der Hebammen NRW e. V. erlangte sie Kenntnis einer neu initiierten Internetseite für Hebammen zum Thema schwangere Flüchtlingsfrauen, auf der Verweise zu weiteren Internetseiten, Gesetzestexten und beteiligten Organisationen hinterlegt waren (Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V. 2016a: o. S.). Diese Seiten wurden im Verlauf regelmäßig auf ihre Aktualität überprüft, um Veränderungen durch die Schnelllebigkeit des Themas wahrzunehmen. Auf dieser Seite fanden die Forscherinnen auch Hinweise zu Informationen über die Internetseite der Stadt Köln, auf der Daten, Fakten und Dokumente zur Flüchtlingsproblematik und Ansprechpartner hinterlegt waren (Stadt Köln 2016a: o. S.). Dadurch erfolgte eine weiterführende Recherche zu der Internetseite des Bundesministeriums für Migration und Flüchtlinge. Die für das Thema relevanten Gesetzestexte wurden auf den offiziellen Seiten der betroffenen Ministerien verifiziert.

Durch eine Anmeldung beim Informationsdienst des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ 2016) erhielten die Forscherinnen die aktuellen politischen Neuigkeiten das Thema der Arbeit betreffend.

Nach Festlegung der Forschungsfrage wurde unter den Schlagwörtern „soziale Netzwerke“, „Netzwerkarbeit“, „Integration“, „Integration von Migranten in das Gesundheitssystem“, „Migration und Schwangerschaft“, „Asyl“ und „Netzwerkanalyse“ Literatur in der hochschuleigenen Datenbank OPAC gesucht. Aufgrund der Schnelllebigkeit und Aktualität mussten viele Quellen aus dem Internet entnommen werden.

Daneben nutzten die Studentinnen für die Planung des Forschungsdesigns Standardliteratur aus der qualitativen Sozialforschung und erweiterten die Auswahl durch eine Fokussierung auf die Erhebungsmethode durch das Experteninterview.

Da die Grundlagenliteratur zur ökologischen Systemtheorie in Buchformat in den Verzeichnissen der OPAC zum Zeitpunkt der Recherche nicht verfügbar war, konnte die persönliche Leihgabe durch die betreuende Professorin dies ausgleichen.

Darüber hinaus führten Hinweise der Interviewpartner und durch beständige Recherche der lokalen und fachspezifischen Medien zu einer Generierung ergänzender und aktualisierter Literatur. Die parallele Entstehung relevanter Literatur ist nicht ausgeschlossen. Als Grenze zum Einbezug neuer Daten wurde der 30. April 2016 festgelegt.

3. Ausgangssituation

Um die Relevanz des Forschungsthemas zu verdeutlichen, werden im Folgenden die statistischen Daten zur Entwicklung der Flüchtlingsproblematik in Köln dargestellt. Sie legen die Belastungssituation der Stadt Köln durch die Zunahme der Flüchtlingszahlen und die fehlenden Daten, schwangere Flüchtlingsfrauen betreffend dar. Der aktuelle Forschungsstand macht deutlich, warum die Notwendigkeit einer weiterführenden wissenschaftlichen Bearbeitung des Themas gegeben war.

3.1. Statistische Daten

Von Januar 2016 bis zum 1. März 2016 haben 16.629 Geflüchtete Erstanträge für Asyl und 1.012 Menschen Folgeanträge in Nordrhein-Westfalen gestellt (vgl. Landesverband der Hebammen NRW e. V. 2016b: o. S.). Zu Beginn des Jahres 2015 waren schon **5369** Flüchtlinge in der Stadt Köln registriert. Im Zeitraum von Januar 2015 bis April 2016 hat Köln weitere **7.453** Flüchtlinge aufgenommen (vgl. Stadt Köln 2016a: o. S.). Die Tendenz zur Aufnahme ist weiterhin steigend. Im März 2016 wurde mit der Bezirksregierung und der Stadt Köln eine Zuweisung von 225 Flüchtlingen pro Woche vereinbart (vgl. Stadt Köln 2016d: 8).

Die Anzahl der schwangeren Flüchtlingsfrauen geht aus keiner Statistik hervor. Die größte Gruppe der Geflüchteten und in Köln Aufgenommenen sind mit 24 % die Menschen aus Syrien und die kleinste Gruppe mit jeweils 2 % die Flüchtlinge aus dem Kosovo, Nigeria und Algerien. Aus dem Irak kommen 18 %, 10 % aus Afghanistan, 8 % aus Albanien, 3 % Mazedonien, 4 % aus dem Iran und Serbien (vgl. Stadt Köln 2016f: o. S.). Über die verbleibenden 23 % gibt die Statistik keine Angaben. Bei den Prozentangaben ist der Frauenanteil der Geflüchteten aus den jeweiligen Ländern auf lokaler Ebene nicht aufgeführt.

Viele veröffentlichte Zahlen und Statistiken, die die Stadt Köln auf ihrer Internetseite bietet, sind älter als zwei Jahre (vgl. Stadt Köln o. J. f). Gemäß den Zahlen von 2014 haben sich die Zahlen der Flüchtlinge bis heute mehr als verdoppelt (vgl. Stadt Köln 2016e: o. S.). Da die Zahlen und Daten aus den Bereichen „Gesundheit und Soziales“ und „Bevölkerung und

Haushalte“ aus den Jahren 2015 und Anfang 2016 noch nicht zum Erhebungszeitraum verfügbar waren, konnten sie zur Beschreibung des aktuellen Standes nicht herangezogen werden.

Statistiken über Einwohnerinnen mit Migrationshintergrund und der Anzahl der Geburten in Köln geben keine Auskunft über die Anzahl der Flüchtlingsfrauen und die von ihnen geborenen Kindern und können aus diesen Gründen ebenfalls nicht aufgeführt werden. Da die Dauer des Asylverfahrens bei verschiedenen Nationalitäten unterschiedlich lang sein kann, ist keine verbindliche statistische Aussage möglich (vgl. Meier-Braun 2015: 85). Die individuelle Spannweite liegt zwischen 5 und 17,6 Monaten (vgl. ebd.). Nach Aussagen des Deutschen Bundestages vom 17.03.2016 dauerte das Verfahren im Jahre 2015 durchschnittlich 5,2 Monate (vgl. DBT 2016: o. S.). Aktuellere Daten von 2016 sind nicht veröffentlicht.

3.2. Forschungsstand

In den letzten 15 Jahren sind viele wissenschaftliche Arbeiten zum Thema „Migration und Schwangerschaft“ veröffentlicht worden.

DAVID und BORDE (vgl. 2002: 21-24) haben sich dem Thema in den letzten Jahren vielschichtig zugewandt. Durch Erkenntnisse über sprachliche Barrieren, unterschiedliche Einstellungen zu Körper und Krankheit und einem Informationsdefizit durch die häufige Zugehörigkeit zur sozialen Unterschicht wurde ein Konzept mit interkultureller Ausrichtung für die Kliniken und die Migrantinnen erarbeitet.

BORDE (vgl. 2015: 61-63) stellte heraus, dass bei Studien Migrantinnen deutlich unterrepräsentiert sind, weil mangelnde Sprachkenntnisse als Ausschlusskriterien gelten. Die Entwicklung von bedarfsgerechten „Versorgungs- und Gesundheitsförderungskonzepten“ ist aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Erkenntnisse deutlich erschwert. Die Studie „Perinatale Gesundheit und Migration Berlin“ (Brenne et al. 2013: o. S.), an der BORDE beteiligt war, besagte, dass Migrationshintergrund mit geringerer Bildung, Erwerbsbeteiligung und niedrigerem Einkommen verbunden ist. Dennoch waren Frauen mit Migrationshintergrund bei der Versorgung rund um die Geburt nicht schlechter gestellt, als nicht zugewanderte Frauen.

Der Versorgungsgrad war jedoch abhängig von den Deutschkenntnissen (siehe Kapitel 11.2.).

Demgegenüber forderte SIEVERS (vgl. 2015: 64-66), aufgrund von Statistiken zu einer erhöhten perinatalen Mortalität und Säuglingssterblichkeitsrate bei ausländischen Kindern, in Deutschland eine migrationssensible Analyse im prä-, peri- und postnatalen Bereich der Versorgung und den Einsatz eines multikulturellen Teams durch Qualifizierungsmaßnahmen. Dafür werden für die Versorgung von Migrantinnen im Gesundheitsbereich ein bedarfs- und flächendeckendes Angebot von Dolmetschern, sprachlich und kulturell adaptierte Patienteninformationen, einschließlich eines Telefondolmetscherdienstes und mehrsprachige Printmedien benötigt. Der Zugang zum Gesundheitssystem, konzeptionelle und voreheliche Beratung und das Verständnis für Präventionsansätze, müssen für die Migrantinnen gewährleistet sein. Eine unsichere Bleibeperspektive und das Unwissen über die Krankenversicherung und den Mutterschutz wirken sich negativ in der Wahrnehmung aus.

KUNTNER (vgl. 2007: 439-456), die Migrantinnen zur Thematik befragte, sieht in ihrer Arbeit einen Verbesserungsansatz in der Vermittlung von Kenntnissen zu migrations-, medizinethnologischer und transkultureller Pflege auf Seiten der Betreuenden. FALGE und SCHMIDTKE (vgl. 2015: 119-120) stellten in einer Vergleichsstudie zwischen Deutschland, Italien und Kanada fest, dass die Zugangsbarrieren, fehlende Systemvertrautheit, Lokalität der Versorgung, Gruppenunterschiede innerhalb der Migranten, Sprache, rechtlicher Status und ökonomische Situation, Maßnahmen auf unterschiedlichen Aktionsebenen notwendig machen. Eine Bestärkung der Migrationsorganisationen und Einbeziehung in die politischen Ebenen nach dem Vorbild Kanadas eröffnet Lösungsansätze.

Auch SCHILDBERGER (vgl. 2011: 202-212) hat bei der Untersuchung der transkulturellen Interaktion in der Geburtshilfe die schon erwähnten Problempunkte benannt und die Verständigungsfähigkeit und die damit ermöglichte Einbeziehung in alle Sequenzen des Betreuungsprozesses als Ziel formuliert, bei gleichzeitiger Stärkung unterschiedlicher Kompetenzen der Betreuenden.

Innerhalb der umfangreichen Konzeptionierung des Bremer Modells (siehe Kapitel 6.1.) ergab die Studie „Migration und reproduktive Gesundheit“ aus dem Jahr 2003 von KAUFMANN, dass zwar Beratung bei Migrantinnen stattfindet, die Akteure untereinander jedoch nicht vernetzt und mit der Arbeit mit Migrantinnen überfordert sind. Die Beteiligung von Migrantinnen an der Beratungstätigkeit wirkt sich positiv auf die Teilnahme anderer Migrantinnen aus. Durch die Befragung von Betreuten und Betreuern ergab sich die Notwendigkeit weiterer Beratungs- und Präventionsangebote. Negative Erfahrungen der Migrantinnen aufgrund von Zeitmanagement, Routinen und den Strukturen im Klinikalltag, werden als kulturbedingte Missverständnisse gedeutet. Das Angebot von Fortbildungen zur diversitygerechten Gesundheitsversorgung und der Netzwerkaufbau der Akteure werden als Ausblick benannt (vgl. Kaufmann 2009: 134-142).

STÜLB (vgl. 2011a: 52-54, 2011b: 65-68) legte den Fokus ihrer Ergebnisse auf die Migrantinnen selber, die sich als Akteurinnen innerhalb der Prozesse verstehen und die defizitorientierte Perspektive des betreuenden Personals ablehnen. Die Netzwerkbildung der Schwangeren untereinander mit Hilfe von Medien soll zur Bildung einer eigenen Haltung führen und zur Bereitschaft Bezugsebenen wahrzunehmen.

Auch RAZUM und SPALLEK (vgl. 2015: 54-57) lösen Zugangshindernisse der Migrantinnen zur Gesundheitsversorgung über ein Diversity Management, bei dem bestehende Regelangebote „migrationssensibel“ entwickelt werden. Sie sehen die Hindernisse zur gesundheitlichen Regelversorgung in mangelnden Sprachkenntnissen, unterschiedlichen kulturell geprägten Krankheitsvorstellungen und in der Diskriminierung und stellen heraus, dass die Mehrheit der schwangeren Migrantinnen, die länger in Deutschland leben, gleich gut versorgt werden, wie Nichtmigrantinnen. Daraus ergibt sich eine schlechtere Versorgung von Frauen, die noch nicht lange in Deutschland sind. Schon in früheren wissenschaftlichen Arbeiten kamen sie zur Erkenntnis, dass sich die Müttersterblichkeitsrate der ausländischen Frauen der Sterblichkeitsrate der Nichtzugewanderten angeglichen hat, bedingt durch den „[...] Zugang und Qualität der geburtshilflichen Dienste“ (Razum und Spallek 2009: 2). Bei präventiven Gesundheitsangeboten ist eine bessere Erreichbarkeit und eine kulturell und sprachlich

angepasste Ausrichtung gefragt, damit die Leistungen häufiger genutzt werden als bisher (vgl. Razum und Spallek 2009: 4-5).

Die wissenschaftlichen Arbeiten haben die Problematiken des Zugangs zum Gesundheitssystem aufgezeigt. Jedoch wurde dabei das herrschende Szenario, einer schwangeren Flüchtlingsfrau, die besonderen psychischen und physischen Belastungen durch die Lebensumstände in Notunterkünften und traumatisierende Fluchterfahrungen ausgesetzt ist, nicht in den wissenschaftlichen Fokus gerückt. Um das beschriebene Phänomen analysieren zu können, bedurfte es eines theoretischen Hintergrundes, auf den im nächsten Abschnitt intensiv eingegangen wird.

4. Theoretische Grundlagen

Die geplante Analyse der interprofessionellen Zusammenarbeit unter Einbeziehung der schwangeren Flüchtlingsfrau bedingte die, in der Soziologie vermehrt verwendete Form der Netzwerkanalyse. Zur Bearbeitung des Themas war es wichtig, ein Verständnis für die Bezeichnung des Netzwerkes und den möglichen Formen seiner Analyse zu erhalten, wodurch sich auch die Wahl der anzulehnenden Theorie begründete.

4.1. Netzwerk

Der Gebrauch des Netzwerkbegriffs kommt neben der Soziologie in unterschiedlichen Bereichen der Wissenschaft vor. In der vorliegenden Arbeit ist damit das Netzwerk als soziales Unterstützungssystem gemeint. Der Nachweis und die Funktionalität eines solchen Unterstützungssystems war Intention der Arbeit. Die zunehmende Konjunktur von Netzwerken spiegelt den Wandel von Beziehungsmustern in modernen Gesellschaften wider (vgl. Rieger 2013: 201). Nach WEYER soll unter einem sozialen Netzwerk eine eigenständige Form der Koordination von Interaktionen verstanden werden, deren Kern die vertrauensvolle Kooperation autonomer, aber interdependenter Akteure ist (vgl. 2014: 48). „Die Kommunikation untereinander ersetzt die Unsicherheit der einzelnen Organisation durch selbst erzeugte Sicherheiten im Netzverbund“ (Schubert: 2013: 269), wodurch Ressourcen gebündelt, Kapazitäten verknüpft und das Leistungsspektrum erweitert werden kann (vgl. ebd.).

Im Dienstleistungssystem sind die Akteure professionelle Rollenträger, auf deren Basis sie ihre Rollen vollziehen (vgl. Miller: 2013: 287).

Als Gemeinsamkeit sollten sie über die Qualifikation einer Anschlussfähigkeit an andere gesellschaftliche Bereiche, Disziplinen und Professionen verfügen (vgl. Zychlinski 2013: 225). Die Aufgabe eines sozialen Netzwerkes besteht nach GAHLEITNER und HOMFELDT darin, dem Betroffenen das Signal zu geben: „Die Anforderung ist bewältigbar, wir werden dir [...] hilfreich zur Seite stehen“ (2013: 495). Hierbei wird durch das Netzwerk versucht, Menschen bei der Rekonstruktion oder dem Auf- und Ausbau von

Netzwerken zu unterstützen und die Strukturen zur Selbsthilfe zu schaffen (vgl. Rieger 2013: 211).

Bei der Analyse eines Netzwerkes stehen nicht die Eigenschaften der einzelnen Akteure im Zentrum, sondern vielmehr die strukturellen Beziehungen untereinander (vgl. Jansen/Diaz-Bone 2014: 72) und einer damit zusammenhängenden Dynamik (vgl. Hollstein 2006: 12). Neben einer quantitativen Analyse durch die Darstellung der Verbindungslinien zwischen den Akteuren als Knotenpunkte (vgl. Rieger 2013: 201), erlangt eine Triangulation mit qualitativen Methoden an Bedeutung.

Der praxisbezogene Ansatz BRONFENBRENNERS (1976, 1989), Beziehungen und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung von Individuen analysieren zu können, im Gegensatz zu anderen systemtheoretischen Theorien, führte zur Entscheidung, sich an ebendiese in der Bearbeitung anzulehnen.

4.2. Ökologische Systemtheorie nach Bronfenbrenner

In den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts in denen die Thematik von sozialen Netzwerken noch nicht im wissenschaftlichen Fokus stand, versuchte BRONFENBRENNER den aktiven, sich entwickelnden Menschen innerhalb der wechselnden Eigenschaften seiner unmittelbaren Lebensbereiche (vgl. 1989: 23) zu betrachten und erarbeitete daraus die ökologische Systemtheorie. Er knüpfte dabei an die biologische Terminologie an, in der der unmittelbare, dauerhafte Lebensraum des Organismus als ökologischer Ort umschrieben wird (vgl. Bronfenbrenner 1976: 203). Als sozialisierter Entwicklungspsychologe vertrat er die Auffassung, dass die Wahrnehmung der Umwelt für Verhalten und Entwicklung des Individuums bedeutsam sei (vgl. Bronfenbrenner 1989: 20).

Als sich entwickelnder Mensch kann im Konsens der Arbeit die schwangere Flüchtlingsfrau betrachtet werden, deren Entwicklung zur Integration in das Gesundheitssystem durch die Analyse ihrer unterschiedlichen Umwelten erfolgt. Aber auch alle anderen beteiligten Akteure des Forschungsprozesses, fungieren als sich entwickelnde Individuen. Unterschiedliche Umwelten werden als Systeme beschrieben und Beziehungen zwischen

Individuen auf dyadischer, triadischer und noch größeren Strukturgrößen wird eine besondere Gewichtung beigemessen (vgl. Bronfenbrenner 1989: 21).

Der Wechsel des Individuums in neue zwischenmenschliche Strukturen oder Umweltsysteme, die auch als Lebensbereiche bezeichnet werden, gelten als ökologische Übergänge (vgl. ebd.: 22). Diese werden durch die Aufnahme einer neuen Rolle oder allein durch eine Veränderung des eigenen Handlungshabitus durch das Wahrnehmen von Tätigkeiten anderer hervorgerufen. Für die schwangere Flüchtlingsfrau bedeutsam sind dabei die begleitenden Familienmitglieder, die Unterkunft, die in der Unterkunft befindlichen Personen, das betreuende Personal, Ärzte, Ehrenamtliche und weitere Personen, mit denen sie in Kontakt kommt. Aus seinen Erkenntnissen heraus entwickelte BRONFENBRENNER ein Modell mit vier unterschiedlichen Strukturebenen.

Erste Strukturebene: Mikrosystem

Das Mikrosystem umfasst den Lebensbereich, in dem der Mensch direkte Interaktionen mit anderen Menschen eingehen kann (vgl. Bronfenbrenner: 38). Hierzu zählen im Fall der Schwangeren auch die Familienmitglieder.

Der Definition nach ist

„ein Mikrosystem [...] ein Muster von Tätigkeiten und Aktivitäten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen, die die in Entwicklung begriffene Person in einem gegebenen Lebensbereich mit den ihm eigentümlichen physischen und materiellen Merkmalen erlebt“ (Bronfenbrenner 1989: 38).

Auch Mikrosysteme werden durch höhere Systemstrukturen beeinflusst (vgl. ebd.: 23). Bevor das Individuum in die höhere Strukturebene eintritt, kann es zu systemübergreifenden Kontakten kommen. Diese können auf indirekten Kontakten mit Dritten, Kommunikation mit dem anderen System oder über Informationen, die man über das andere System gesammelt hat, herbeigeführt werden (vgl. ebd.: 200). Über das Mikrosystem hinweg

schafft das Individuum mit Hilfe anderer den ökologischen Übergang in das Mesosystem.

Zweite Strukturebene: Mesosystem

Das Mesosystem umfasst zwei oder mehr Lebensbereiche, denen das Individuum angehört und umfasst die Wechselbeziehung zwischen den verschiedenen Lebensbereichen (vgl. Bronfenbrenner 1989: 41). „Es ist ein System von Mikrosystemen“ (ebd.). Die unterschiedlichen Rollenanforderungen an das Individuum mit Eintritt in das Mesosystem werden durch gegenseitiges Vertrauen, positive Orientierung und Zielübereinstimmungen gefördert (vgl. ebd.: 202).

Durch das Einstellen auf viele Personen und unterschiedliche Aufgaben nimmt die Flexibilität der kognitiven Leistungsfähigkeit und die sozialen Fertigkeiten zu (vgl. ebd.: 203). Es ist die Ebene, in der sich soziale Strukturen gebildet haben, die sich gemeinsame Betätigungen oder nur den Kontakt untereinander teilen (vgl. Bronfenbrenner 1976: 203). BRONFENBRENNER bezeichnet dies auch als soziale Netzwerke, die er in seinen frühen Werken in informelle und formelle Netzwerke unterteilt. Informelle Netzwerke, wie Freunde oder Bekanntenkreise, zeichnen sich durch ein Wachstum und eine räumliche Ausdehnung aus (vgl. ebd.: 203). Zu den formellen Netzwerken zählte er die Institutionen, die er in seinen späteren Werken dem Meso- und dem Exosystem zuordnete.

Die neuere wissenschaftliche Literatur hat diese nochmalige Differenzierung nicht übernommen und beschreibt nur drei Ebenen (vgl. Weyer 2014: 61). Dem Thema entsprechend können dem Mesosystem die Unterkunftsleiter der Trägerschaften, Ärzte, Hebammen und Klinikpersonal, aber auch die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, des Amtes für Wohnungswesen und des Amt für Soziales und Senioren zugesprochen werden, je nachdem in welcher Verbindung sie zur Flüchtlingsfrau stehen.

Dritte Strukturebene: Exosystem

Im Gegensatz zum Mesosystem ist das Individuum am Exosystem nicht selbst beteiligt. Jedoch finden in diesen Ebenen Ereignisse statt, die seine Lebensbereiche beeinflussen (vgl. Bronfenbrenner 1989: 42). Das Exo-

system zeichnet sich durch klar festgelegte Ziele, Strukturen und Regeln aus (vgl. Bronfenbrenner 1976: 204). Hierbei kommt es im Falle der schwangeren Flüchtlingsfrau zu Überschneidungen, da sie zwar Kontakt zu den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes haben kann, jedoch das Gesundheitsamt darüber hinaus Strukturen und Regeln erstellt, auf deren Erarbeitung die Frau keinen Einfluss hat.

Vierte Strukturebene: Makrosystem

Das Makrosystem beinhaltet übergreifende soziale Strukturen, deren untere Ebenen, Mikro-, Meso-, Exosystem, formale und inhaltliche Ähnlichkeiten aufweisen und trotzdem auf einer Ideologie basieren (vgl. Bronfenbrenner 1989: 42). Innergesellschaftliche Unterschiede gehören genauso zum Makrosystem, wie ethnische und religiöse Differenzierungen. Übertragen auf die vorliegende Arbeit wären in diesem System sowohl alle Gesetzgebungen, das System der Leistungsabrechnung im Gesundheitssystem, wie auch der Umgang mit Migration enthalten. Bronfenbrenner vertritt die Ansicht, dass die Entwicklung des Einzelnen durch soziale Netzwerke beeinflusst wird, um seinerseits Auswirkungen auf das Netzwerk und übergeordnete Strukturen zu haben (vgl. ebd. 1989: 22).

Diese Entwicklungsmechanismen führen die Flüchtlingsfrau zur Integration in neue Strukturebenen. Dabei wird nach FRIEDRICHS und JAGODZINSKI ein Element, ein Subsystem oder ein Teil in ein System, Kollektiv oder ein größeres Ganzes integriert (vgl. 1999: 11). Eine Akzeptanz der bestehenden Ordnung kann dafür Vorbedingung sein (vgl. ebd.). Dabei werden Definitionen zu „inneren Zuständen“ der Person zum System, welche Gefühle beinhalten und die „äußeren Zustände“, die beobachtbare Kontaktpunkte zu anderen Personen darstellen, gemacht (vgl. ebd.: 12). Als in ein System integriert wird eine Person gezählt, die zum Erhalt des Systems und zur Erfüllung der Systemfunktionen beiträgt (vgl. ebd.: 13).

Die ökologische Systemtheorie ermöglichte es, die Struktursysteme, die an der Entwicklung der schwangeren Flüchtlingsfrau beteiligt sind, die Überschneidungen der Systeme und ihre gegenseitige Einflussnahme zu betrachten und zu analysieren. Dabei lag der Fokus weniger auf dem sich

zu entwickelnden Individuum, sondern auf den sozialen Netzwerken, die als Helfer fungieren, das Individuum bei ökologischen Übergängen zu unterstützen. Diese konnten den unterschiedlichen Ebenen zugeordnet werden, was die Erarbeitung des Forschungsdesigns, die Auswahl der Interviewpartnerinnen, die Darstellung der an der Entwicklung beteiligten Systeme und gesetzliche Grundlagen bedingte. Alle Faktoren, die sowohl die Frau als auch die Arbeit der Akteure beeinflussen.

Viele wissenschaftliche Arbeiten in der Netzwerkforschung basieren auf den Erkenntnissen BRONFENBRENNERS. Auch wenn diese in ihren Quellen nicht explizit auf ihn hinweisen, so ist seine Einteilung der Systemebenen doch vielfach erkennbar. Im analytischen Teil der Arbeit wurde sein theoretisches Konstrukt an den Ergebnissen der empirischen Erhebung angewandt und mit Ausführungen der Netzwerkliteratur ergänzt. Die nachfolgenden rechtlichen Grundlagen und Versorgungsrichtlinien können gemäß der strukturellen Einteilung BRONFENBRENNERS dem Makrosystem zugeordnet werden. Daraus wird ihre Relevanz für die Entwicklung ökologischer Übergänge aller Beteiligten sichtbar.

5. Rechtliche Grundlagen

Während freiwillige Migranten, die ihr Land verlassen, um sich dauerhaft in ihrem Zielland niederzulassen, ihren Reiseweg, juristische Probleme und materielle Erfordernisse, sowie die Kultur vorausschauend planen können, stehen Flüchtlinge als unfreiwillige Migranten vor der Herausforderung, ihrem Land durch unvorhersehbare Ereignisse den Rücken kehren zu müssen. Flüchtlingen bleibt kaum Zeit, ihre Migration zu planen und sich auf die erforderlichen bürokratischen Prozeduren einzustellen. Neben dieser Sonderform der Migration durch die Flucht kann es zudem zur irregulären Migration, der Einwanderung ohne Papiere, kommen. (vgl. Stülb 2010: 21-22)

Der Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem eines Landes ist ausschließlich von der Rechtsstellung der geflohenen Menschen abhängig. Die damit verbundenen Gesetze und die Versorgungsrichtlinien des deutschen Gesundheitssystems werden in den untenstehenden Ausführungen beschrieben.

5.1. Internationales- und Bundesrecht

Jeder Aufenthaltsstatus beinhaltet eine andere Zugangsberechtigung zu den Versorgungsleistungen.

In diesem Kapitel sollen die verschiedenen Aufenthaltstitel und der damit verbundene rechtlich mögliche Zugang zur medizinischen Versorgungsleistung für die schwangeren Flüchtlingsfrauen erörtert werden. Dabei werden die für die Forschungsfrage relevanten Gesetze dargestellt.

5.1.1. Flüchtling

Umweltkatastrophen, Kriege, Armut und Verfolgungen aus politischen Gründen führen dazu, dass Menschen aus ihren Heimatländern flüchten.

Nach der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 ist der Flüchtling ein Mensch, der begründet geflohen ist, sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit er besitzt und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen Angst vor Sanktionen nicht in Anspruch nehmen will (vgl. UNHCR 1951: 2).

Mit der Genfer Flüchtlingskonvention haben sich die Signaturstaaten auf einen Kanon von Pflichten und Rechten verständigt, der Flüchtlingen unter anderem den Zugang zu medizinischer Versorgung, Sozialleistungen und Bildung rechtsverbindlich zusagt (vgl. UNHCR 1951: 4-5, 11-12), der jedoch den Aufnahmeländern Gestaltungsfreiheit zugesteht (vgl. Meier-Braun 2015: 91).

Wenn Menschen aus ihren Heimatländern flüchten und in einem anderen Land sesshaft werden wollen oder sich dauerhaft aufhalten, sind sie gesetzlichen Vorgaben unterworfen und verpflichtet, einen Antrag auf Asyl oder Aufenthalt zu stellen. Das Asylrecht und das Aufenthaltsgesetz regeln den Aufenthaltstitel. Im Asylbewerberleistungsgesetz sind die finanziellen, die gesundheitlichen und die sozialen Versorgungsleistungen geregelt, die im Folgenden näher behandelt werden.

5.1.2. Asylrecht

Jede Ausländerin und jeder Ausländer kann in Deutschland einen Antrag auf Asyl stellen. Wichtigste Grundlage ist der Artikel 16 a des Grundgesetzes, der politisch Verfolgten Asylrecht gewährt (vgl. Meier-Braun 2015: 84). Ausgeschlossen sind jedoch die Personen, die aus einem sicheren Herkunftsstaat, einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaft oder aus einem anderen Drittstaat einreisen wollen (vgl. ebd.), „[...] in dem die Genfer Flüchtlingskonvention sowie die europäische Menschenrechtskonvention gelten“ (ebd.).

Gegenwärtig werden die Regelungen, der im Jahr 1997 (Dublin II)² in Kraft getretenen und zum 01.01.2014 modifizierten Abkommen (Dublin III), von den deutschen Behörden nicht angewendet (vgl. ebd.: 90). Daher kann ein Flüchtling, der die Bundesrepublik Deutschland erreicht, einen Asylantrag stellen, auch wenn er über einen sicheren Drittstaat einreist.

Erreicht ein Flüchtling Deutschland, ist er verpflichtet, sich bei den Behörden zu melden (vgl. ebd.: 85) Beim Aufgriff durch die Polizei wird die Meldung veranlasst. Es folgt die Überführung in eine Landeserstaufnahmestelle eines Bundeslandes, die dem Bundesamt für Migration und Flücht-

² Die Regelung des Dublin II Abkommens besagt, dass der Staat für das Asylverfahren zuständig ist, in dem der Flüchtling nachweislich zuerst eingereist ist (vgl. Meier-Braun 2015:90).

linge angeschlossen ist. Nach der Antragstellung durchläuft der Asylbewerber ein Verfahren, an dessen Ende Entscheider des BAMF nach einer Anhörung darüber befinden, ob dem Asylantrag stattgegeben wird oder ob eine Abschiebung erfolgt (vgl. Meier-Braun 2015: 45).

Zu Beginn des Aufenthaltes muss sich der Bewerber einer ärztlichen Eingangsuntersuchung unterziehen, die Röntgenaufnahmen, Impfungen und notwendige kurative Leistungen nach § 4 Anlage 7 des Asylbewerberleistungsgesetzes beinhalten (vgl. KVNO 2016: 3). Schwangere Frauen erhalten abhängig von der Schwangerschaftswoche spezifisch indizierte und modifizierte Untersuchungen (vgl. ebd.: 3, 4, 8).

Wird dem Asylantrag stattgegeben, darf der Asylbewerber sich zunächst für drei Jahre in Deutschland aufhalten und ist verpflichtet, eine Wohnung auf dem freien Wohnungsmarkt zu suchen. In diesem Status kann er ohne Zustimmung einer Arbeitsagentur einen Arbeitsplatz annehmen (vgl. Meier-Braun 2015: 86).

Nach drei Jahren kann der Bewerber nach einer erneuten Prüfung eine unbefristete Niederlassungserlaubnis erhalten. Asylberechtigte und Flüchtlinge nach der Genfer Flüchtlingskonvention sind in Bezug auf die Krankenversicherung und den sozialen Leistungen den Deutschen gleichgestellt (vgl. Heinhold 2015: 370).

Wird der Antrag auf Asyl abgelehnt, kann bei Gefahr von Leib und Leben ein „subsidiärer Schutz“ ausgesprochen werden (vgl. Meier-Braun 2015: 89). Hierbei werden alle Gefahren berücksichtigt, die dem Bewerber nach der Abschiebung in sein Heimatland drohen können. Der „subsidiäre Schutz“ ist kein Aufenthaltstitel, kann aber die Abschiebung verzögern. Subsidiär Schutzberechtigte sind bei Krankheit versichert und erhalten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (vgl. Heinhold 2015: 307).

Abgelehnte Asylbewerber, die aus organisatorischen Gründen, wie fehlendem Pass, fehlenden Verkehrsverbindungen in Kriegsgebieten und anderen Sachverhalten, wie Krankheit, die die Rückreise unmöglich machen, nicht abgeschoben werden können, erhalten die vorübergehende Aussetzung der Abschiebung und werden „geduldet“ (vgl. Meier-Braun 2015: 95).

Die Duldung ist räumlich begrenzt und hat zum Ziel, dass der Asylbewerber freiwillig und auf dem schnellstmöglichen Weg das Land wieder verlässt. Im Status der Duldung stehen allen Berechtigten die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu (vgl. Meier-Braun 2015: 96). Nähere Ausführungen zu diesem Gesetz werden in Kapitel 5.1.4 beschrieben.

5.1.3. Aufenthaltsgesetz

Im Aufenthaltsgesetz sind alle relevanten Sachverhalte der Zuwanderung wie Einreise, Aufenthalt, Niederlassung, Erwerbstätigkeit und Aufenthaltsbeendigung einschließlich der staatlichen Integrationsmaßnahmen beschrieben und geregelt (vgl. BAMF 2016b).

Nach diesem Gesetz kann der Aufenthalt aus völkerrechtlichen und humanitären Gründen gewährt werden. Die verankerten Abschiebeverbote des § 60 werden beim Asylverfahren geprüft. Festgelegt werden alle relevanten Fakten in Bezug auf die Regelung des Familiennachzugs und der Geburt eines Kindes (vgl. BAMF 2016b: o. S.).

5.1.4. Asylbewerberleistungsgesetz

Das Asylbewerberleistungsgesetz regelt den Grundbedarf für das tägliche Leben der Asylberechtigten, Ausreisepflichtigen (Status Duldung) und anderer Ausländer (vgl. BMJV 2016a).

Ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe und die Gewährleistung von Arznei-, Verbands- und Heilmittel für werdende Mütter und Wöchnerinnen sind einschließlich aller Leistungen bei Krankheit in § 4 beschrieben.

Unter „Sonstige Leistungen“ werden Leistungen, die zur Sicherung der Gesundheit im Einzelfall unerlässlich sind, nach § 6 zugestanden.

Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und besonders bedürftig sind, weil sie unbegleitete Minderjährige sind oder schwer psychisch, physisch und sexuell misshandelt wurden, „[...] wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt“ (vgl. ebd.: o. S.).

Nach dem AsylbLG erhalten alle Flüchtlinge in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes eine medizinische Notfall-Versorgung, die im anschließenden Zeitraum auf dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt (vgl. Heinhold 2015: 145-146).

Seit dem 01.04.2016 erhalten alle gemeldeten Flüchtlinge in Köln eine elektronische Gesundheitskarte, über die die medizinische Versorgung abgewickelt wird (siehe Kapitel 5.2.5.) (vgl. Stadt Köln 2016b: o. S.).

5.1.5. EU-Aufnahmerichtlinie RL 2013/33/EU

Die EU-Aufnahmerichtlinie ist eine der Richtlinien zur Regelung eines gemeinsamen europäischen Asylsystems (Europäische Union 2013).

In der Richtlinie, die für alle europäischen Staaten, außer Dänemark, Großbritannien und Irland verbindlich ist, sind die für einen Staat festgelegten Normen zur Aufnahme und zum Schutz bedürftiger Menschen beschrieben. Die Umsetzung schließt die Ermittlung und Beurteilung der Bedürfnisse (Artikel 22) und die Information über eine medizinische Versorgung (Artikel 3) im Rahmen der Aufnahme des Antragstellers in den Mitgliedsstaat ein. (vgl. ebd.: o. S.).

Schutzbedürftige sind nach Artikel 21 Schwangere, Minderjährige, Behinderte, alte Menschen oder Opfer von Gewalttaten (vgl. ebd.: o. S.).

Den bedürftigen Personen ist der Zugang zu erforderlicher medizinischer und psychologischer Hilfe (Artikel 19) zu gewähren und die Grundleistungen zur Versorgung (Artikel 17) zu garantieren (vgl. ebd.: o. S.).

Medizinische Untersuchungen können von den Mitgliedsstaaten aus Gründen der öffentlichen Gesundheit für die Antragsteller angeordnet werden (Artikel 13) (vgl. ebd.: o. S.).

Im folgenden Kapitel werden das gesundheitliche Versorgungssystem, die in diesem Zusammenhang gesetzlich verankerten Leistungen und die Aufgabengebiete der zur Durchführung qualifizierten Akteure einschließlich des Procedere des Zugangs zur Leistung durch die Gesundheitskarte beschrieben.

5.2. Versorgungsregelungen für schwangere Frauen im deutschen Gesundheitssystem

In Deutschland hat jede Schwangere, die in die sozialen Versorgungsstrukturen eingebunden ist, das Recht, Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen. Mit der behördlichen Meldung und Antragstellung auf Asyl, wie im Kapitel 5.1.2. beschrieben, können schwangere Flüchtlingsfrauen an den gesetzlich zur Verfügung gestellten Maßnahmen und Untersuchungen im Gesundheitsbereich teilhaben. Die Inanspruchnahme der in der Schwangerschaft zugesicherten rechtlichen Leistungen, ist der erste Schritt zur Integration der Frauen in das medizinische System. Diese Integration wird durch die im Gesundheitssystem tätigen Akteure, wie Hebammen und Ärzte unterstützt und vollzogen, deren Ausübung durch rechtliche Vorgaben bestimmt sind.

5.2.1. Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem ist ein wichtiger Teil des nationalen, sozialen Sicherungssystems und der deutschen Sozialversicherung (vgl. Preusker 2015: 6). Die medizinische Versorgung im Gesundheitssystem ist aufgeteilt in die ambulante und stationäre Versorgung. Bei der ambulanten Versorgung sind Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel eingeschlossen (vgl. ebd.: 7).

Die Kranken- und Pflegeversicherung sind gesetzlich vorgegebene Pflichtversicherungen, die nach dem Solidar- (vgl. Burkhardt 2013: o. S.) und Sachleistungsprinzip (vgl. Gerlinger/Burkhardt 2012: o. S.) finanziert und geregelt werden.

Nach dem Solidarprinzip kann der Versicherte unabhängig von seinen finanziellen Möglichkeiten die notwendige medizinische Versorgung ohne Vorleistungen in Anspruch nehmen. Beitragsfrei mitversichert sind nicht-erwerbstätige Ehepartner und Kinder (vgl. Burkhardt 2013: o. S.). Pflichtversichert sind alle Beschäftigten, die mit ihrem monatlichen Einkommen unter der Versicherungspflichtgrenze liegen. Im Sachleistungsprinzip bekommt er nach Vorlage der Krankenversicherungskarte eine kostenfreie Behandlung, die direkt über seine Krankenkasse abgerechnet wird. (vgl. Gerlinger/Burkhardt 2012: o. S.).

Arbeiter und Angestellte, deren Jahresarbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze liegt oder bei Selbständigen und Beamten besteht die

Möglichkeit in einer privaten Krankenversicherung Mitglied zu sein zu sein, die ihre Beiträge je nach Leistungsumfang und Gesundheitsrisiken festlegt und nach dem Kostenerstattungsprinzip vergütet (vgl. Preusker 2015: 94-95). Das System der privaten Krankenversicherung ist für die gesundheitliche Flüchtlingsversorgung nicht relevant.

Im Sozialgesetzbuch V (vgl. BMJV 2016b) sind die Leistungen vorgegeben, auf die der gesetzlich Versicherte Anspruch hat. Erwerbs- und Arbeitslose, Hilfsbedürftige und Flüchtlinge haben das Recht auf Krankenbehandlung, wenn sie für andere Sozialleistungen gemeldet sind (§ 5).

Alle medizinischen Leistungen, die nicht in den Leistungskatalogen aufgeführt sind, müssen in Form von IGeL Leistungen vom Versicherten selbst getragen werden (vgl. Preusker 2015: 363).

Menschen ohne Papiere oder Hilfsbedürftige, die nicht gemeldet sind, haben eine sehr eingeschränkte Möglichkeit, eine Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2016: o. S.). Sie werden durch kirchliche oder andere kommunale Organisationen in einem „Parallelsystem“ medizinisch versorgt (vgl. Wilmes 2013: o. S.).

Die gesundheitliche Versorgung der Schwangeren wird von Gesetzgebungen, interdisziplinären Richtlinien und professionellen Berufsordnungen bestimmt. Sie gelten verbindlich für die Akteure im Gesundheitswesen, den Leistungserbringern sowie den Leistungserstattern, den Krankenkassen und sind im Sozialgesetzbuch V (vgl. BMJV 2016b), den Mutterschaftsrichtlinien (vgl. G-BA 2016) und der Berufsordnung für Hebammen- und Entbindungspfleger (vgl. MIK NRW 2002) verortet. Diese werden untenstehend weiterführend erläutert.

5.2.2. SGB V

Das Sozialgesetzbuch V beinhaltet alle staatlich geregelten Versicherungsbedingungen, Leistungsansprüche und Präventionsmaßnahmen (vgl. BMJV 2016b). Aufgeführt sind alle Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24c) (vgl. ebd.: 28).

Inhalt sind die Versorgung mit Hebammenhilfe und den abrechnungsfähigen Leistungen, die Vergütung und alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Hebammenarbeit (§ 134a) (vgl. ebd.: 169)

Im Rahmen der vorgeburtlichen Betreuung der Schwangeren sind die ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe geregelt und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§§ 24d-e) (vgl. BMJV 2016b: 28.). Die Versicherte hat Anspruch auf den von ihr ausgewählten Entbindungs-ort einschließlich Unterkunft, Pflege und Verpflegung im Rahmen einer stationären oder ambulanten Entbindung (§ 24f) (vgl. ebd.).

Im SGB V sind darüber hinaus der Umgang mit der elektronischen Gesundheitskarte und die Ausstellung von Berechtigungsscheinen bei Inanspruchnahme einer Behandlung geregelt (§ 15) (vgl. ebd.: 16-17).

Das Gesetz beinhaltet die Übernahme der Krankenbehandlung der nicht gesetzlich Versicherten, der Arbeits- und Erwerbslosen und anderen Hilfeempfängern, einschließlich der Empfänger der Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Die Krankenkassen vereinbaren einen Ersatz für die Aufwendungen und Verwaltungskosten auf kommunaler Ebene (§ 264) (vgl. ebd.: 240-241).

5.2.3. Mutterschaftsrichtlinien

In den Richtlinien des GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES (G-BA) wird die ärztliche Aufgabe in der Betreuung in Schwangerschaft und Wochenbett beschrieben. Sowohl der Facharzt für Gynäkologie als auch die Hebamme können die Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft durchführen. Voraussetzung ist, dass die Schwangerschaft ohne medizinische Besonderheiten verläuft. Sie sind auch für die Betreuung nach der Entbindung zuständig (vgl. G-BA 2016: 14).

In den Mutterschaftsrichtlinien sind alle Untersuchungen aufgeführt, die auch von Hebammen durchgeführt werden dürfen (vgl. ebd.: 5,7), dazu gehören keine Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft (vgl. ebd. 2015: o. S).

5.2.4. Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO NRW)

Das in der Berufsordnung beschriebene Spektrum umfasst neben der Geburtshilfe den gesamten medizinischen, psychologischen und soziologischen Prozess der Schwangerschaft. Inhalte sind die Feststellung der Schwangerschaft, die Vorbereitung auf die Elternschaft, die Dokumentation medizinischer Sachverhalte, im Rahmen der Überwachung und Betreuung vor und während der Schwangerschaft und vor allem in den ersten zehn Tagen nach der Geburt. Große Bedeutung kommt der psychologischen und sozialen Betreuung und Unterstützung von Mutter und Kind in allen Fragen der Hygiene, Ernährung und Familienplanung zu (vgl. MIK NRW 2002: 165).

Hebammen und Entbindungspflegern obliegt das Erkennen von pathologischen Vorgängen im Rahmen der Schwangerschaft, Entbindung und des Wochenbettes und verpflichtet sie, wie in den Mutterschaftsrichtlinien beschrieben (siehe Kapitel 5.2.3.), bei Abweichungen der Normalität zur Hinzuziehung des Arztes und zur Durchführung oder zur Assistenz der ärztlich verordneten Maßnahmen (§ 2 (6.)) (vgl. ebd.).

Zur Qualitätssicherung der Arbeit sind regelmäßige Fortbildungen Pflicht. Die Kontrolle der Umsetzung liegt in den Händen der Gesundheitsämter der jeweiligen Kreise und Kreisfreien Städte (vgl. ebd.).

5.2.5. Elektronische Gesundheitskarte

Die seit dem 01.01.2015 eingeführte und mit Lichtbild des Patienten versehene Gesundheitskarte enthält alle administrativen und für die medizinische Behandlung notwendigen Daten einschließlich der Notfalldaten. Die Karte von Jugendlichen unter 15 Jahren und immobilen pflegebedürftigen Patienten wird ohne Lichtbild geführt. Die Karte ist ohne die Eingabe eines PIN von jedem Arzt oder Therapeuten, den der Versicherte aufsucht, einlesbar (vgl. BMG 2016: o. S.).

Die Stadt Köln hat die elektronische Gesundheitskarte für die gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge zum 01.04.2016 eingeführt (vgl. Stadt Köln 2016b: o. S.).

Die Gesundheitskarte des Asylbewerbers wird mit dem Statusmerkmal „9“ bei besonderer Personengruppe gekennzeichnet (vgl. KVNO 2016: 5) und an alle Flüchtlinge, die beim Amt für Soziales und Senioren gemeldet sind und der Kommune zugewiesen wurden, ausgegeben (vgl. Stadt Köln 2016b: o. S.).

Die Leistungen für Schwangerschaft und Geburt können über die Karte in Anspruch genommen werden. Die medizinisch erbrachten Leistungen werden durch die Karte über die Krankenkasse abgerechnet. Dieses übernimmt in Köln die „DAK Gesundheit“ (vgl. Stadt Köln 2016c: o. S.). Die Kosten für die Krankenversorgung trägt die Stadt. Die Krankenkassen bieten das Abrechnungsprozedere und das Equipment gegen eine Gebühr, die von der Stadt Köln zu entrichten ist (vgl. Steffens 2015: o. S.).

Die Eingliederung geflüchteter Menschen in das System der gesundheitlichen Versorgung, stellt die beteiligten Akteure vor besondere Herausforderungen. Die Ergebnisse der in Kapitel 3.2 beschriebenen Forschungsarbeiten hat zu Entwicklung von Modellen und Informationsplattformen geführt, die Flüchtlinge in die Versorgung zu integrieren, die Maßnahmen und Behandlungen durch Vernetzung der Akteure im Gesundheitssystem zu gewährleisten und für alle Beteiligten zeitlich, finanziell und organisatorisch zu optimieren. Diese werden nachfolgend vorgestellt.

6. Bestehende Modelle und Informationsplattformen zur Integration in die Gesundheitsversorgung

Die folgenden fünf Versorgungsmodelle und die genannten Informationsplattformen sind zur Integration der Migranten ins Gesundheitssystem entwickelt worden. Sie sind in Köln ansässig, oder haben Einfluss auf die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen im Stadtgebiet. Durch die hohe Anzahl an geflüchteten Menschen erlangten die bereits vor Jahren konzipierten Modelle neue Aktualität und neu entwickelte wurden den Umständen entsprechend angepasst.

Das Projekt „Flüchtlinge im Blick“ des Pro familia Landesverbandes NRW ist das einzige Modell, welches explizit zur Förderung der Gesundheitsaufklärung und Familiengesundheit schwangerer Flüchtlingsfrauen konzipiert wurde.

Alle anderen Modelle können sowohl von schwangeren Flüchtlingsfrauen als auch von allen anderen betroffenen Migranten in Anspruch genommen werden.

6.1. Das „Bremer Modell“

Das 1993 in Bremen entwickelte Gesundheitsmodell, das „Bremer Modell“ war darauf ausgelegt, den Flüchtlingen einen besseren Zugang zu den gesundheitsrelevanten Leistungen und dem benötigten Wohnraum zu ermöglichen (vgl. Jung 2011). Daraus resultierten ein besserer gesundheitlicher Zustand und die allgemeinen Lebensbedingungen der Geflüchteten. Die Vernetzung der beteiligten Organisationen und Akteure stand dabei im Vordergrund.

In einer zentralen Aufnahmestelle und in großen Gemeinschaftsunterkünften wurde eine medizinische Basisversorgung, einschließlich der notwendigen Röntgenuntersuchungen zum Ausschluss einer Tuberkulose angeboten. Die dort tätigen Ärzte vermittelten bei entsprechenden schwerwiegenden Krankheitsbildern in die allgemeine stationäre und ambulante Betreuung weiter. Beratungen und Behandlungen im Rahmen einer Schwangerschaft waren eingeschlossen.

Nach Abschluss des Modell-Projektes wurden im Zeitraum von 2001 bis 2008 die Daten zusammen mit Experteninterviews und Jahresberichten der Leitungsinstitution der Unterkünfte, der Arbeiterwohlfahrt, ausgewertet. Es wurde ermittelt, dass die Flüchtlinge kein erhöhtes Gesundheitsrisiko für die einheimische Bevölkerung darstellten. Als weiteres Ergebnis zeigte sich, dass sich das Asylverfahren nachteilig auf den Gesundheitszustand der Flüchtlinge auswirkte. In der Versorgung psychischer Erkrankungen gab es signifikante Lücken, aufgrund des nicht umgesetzten EU-Rechts von 2003 (vgl. BAfF 2016a: o. S.) für die Behandlung von Traumatisierungen.

Seit 2005 ist jeder Flüchtling in Bremen berechtigt, den Zugang zur Gesundheitsversorgung über die Krankenversicherungskarte zu erhalten. Der Verwaltungsaufwand wurde minimiert und die Inanspruchnahme deutlich beschleunigt.

6.2. Projekt „Flüchtlinge im Blick“ des Pro familia Landesverbandes NRW mit der Beratungsstelle Bonn 2015-2018

Ziel des Projektes ist es, durch Prävention, Gesundheitsförderung und Aufklärung eine Verbesserung der Familiengesundheit, insbesondere von Mutter und Kind zu erreichen. Die Laufzeit des Pilotprojektes, aus dem das jetzige entwickelt wurde, betrug ein Jahr von Oktober 2014 bis Oktober 2015 (vgl. Pro familia o. J. d: o. S.).

Als Themenschwerpunkte stehen Schwangerschaft, Geburt, Sexualberatung, Stressbewältigung, Gesundheitsförderung von Frauen und Kleinkindern im Vordergrund. Ein Geburtsvorbereitungskurs in verschiedenen Sprachen und die Begleitung zu Arztterminen rundeten das Angebot ab.

Die Informationen zu den Themen wurden als fortlaufende Beratungsangebote, in Tagungen und Veranstaltungsreihen, Vorträgen und Seminaren und über die Medien in Form von Informationsmaterial weitergegeben.

Wichtig war den initiierenden Akteuren, dass die Angebote die Menschen und die Schwangeren mit Fluchthintergrund erreichen und explizit für diese Gruppen eine adäquate Integration in das System, sowohl medizinisch

als auch psychosozial gewährleistet wird. Dabei wird der Schwerpunkt in diesem Zusammenhang auf die Vernetzung der einzelnen Akteure gelegt. In den ersten zwei Jahren des Pilotprojektes wurden Wege erarbeitet, wie sich die Beratungsstellen besser und bedarfsgerechter an den Angeboten für Flüchtlinge beteiligen können. Involviert sind die Beratungsstellen in Bonn, im Rhein-Sieg-Kreis und Köln.

Die aufsuchende Arbeit wurde durch eine zuständige Pädagogin, den Mitarbeitern der anderen Professionen und Ehrenamtlichen mit Migrationshintergrund durchgeführt. Alle Mitarbeiter, einschließlich der Ehrenamtlichen erhielten Schulungen zu Themen, wie Asylrecht, Sozialrecht, Traumata und Supervisionen. Alle am Projekt Beteiligten werden mit den Beratungsinhalten der Pro familia vertraut gemacht.

Die Ehrenamtlichen mit Migrationshintergrund fungieren als Mediatoren zwischen den ratsuchenden Flüchtlingen und den Mitarbeitern (vgl. Pro familia o. J.d: o. S.).

6.3. Projekt: „Ist Gesundheit teilbar“

Die „Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer“ arbeitet seit Juni 2015 in diesem, auf drei Jahre befristeten Projekt mit 13 bundesweiten Kooperationspartnern im Bereich der medizinischen und psychosozialen Betreuung, Begleitung und Beratung zusammen (vgl. BAfF 2016b: o. S.).

Die Kooperationspartner in diesem Projekt in Nordrhein-Westfalen sind die Medizinische Flüchtlingshilfe e.V. in Bochum und das psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf. Die drei Arbeitsbereiche beinhalten die „Qualität“, „Struktur“ und „Kapazität“ der Betreuungsmaßnahmen.

Psychotherapeutische Konzepte werden qualitativ weiterentwickelt, Zugangswege zur Behandlung werden vereinfacht und angepasst an die aktuelle Versorgungssituation einschließlich der Identifikation von Schnittstellenproblematiken. Ein Ausbau der Versorgungseinheiten mit entsprechend qualifizierten Professionen, der Austausch mit den übergeordneten Verbänden und Qualifizierungsmaßnahmen für in diesem Bereich tätigen Ehrenamtler runden das Projekt ab.

Mitgliedszentren der BAfF e. V. sind in Nordrhein-Westfalen, unabhängig vom Projekt, das psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge in der Städteregion Aachen und in Bielefeld, das „Refugio Münster-Psychosoziale Flüchtlingshilfe“ und das Therapiezentrum für Folteropfer/Flüchtlingsberatung des Caritasverbandes für die Stadt Köln e.V. (vgl. BAfF 2016c: o. S.).

Alle oben genannten Kooperationspartner werden auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene vom BAfF mit dem Ziel vernetzt, den Opfern von Menschenrechtsverletzungen und Folter eine adäquate medizinische und psychosoziale Versorgung zu ermöglichen. Dieses wird erreicht durch Weiterbildungen, Öffentlichkeitsarbeit und das Entwickeln und Umsetzen von Standards zur Versorgung (vgl. ebd.: o. S.).

6.4. Modellprojekt „Erstorientierung und Deutsch lernen für Asylbewerber“

Das vom BAMF und dem bayrischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales entwickelte Projekt soll Asylbewerbern, die noch keinen Zugang zu Integrationskursen haben, Kenntnisse zur Bewältigung des Alltags und landeskundliches Wissen zur Erstorientierung, ergänzt durch einfache Deutschkenntnisse, vermitteln (vgl. BAMF 2016c: o. S.).

Ein Modul des Kurses beinhaltet Themen zur Gesundheit und medizinischer Versorgung.

Das BAMF sucht bis zum 31.05.2016 Träger zur Durchführung der Kurse in anderen Bundesländern (vgl. ebd.).

6.5. Projekt „MiMi“ (mit Migranten für Migranten) in NRW/Köln

Ziel des Projektes ist die Verbesserung und Prävention der Gesundheit von Migranten. Menschen mit Migrationshintergrund werden als Gesundheitsdiatorinnen und Gesundheitsmediatorinnen befähigt, aus eigener Initiative gesundheitsbewusst zu leben und dieses Wissen an ihre Landsleute weiterzugeben (vgl. Ethno-Medizinisches Zentrum e. V. 2015: o. S.).

Das Projekt wurde bereits 2008 ins Leben gerufen. Der Initiator des Projektes, der Verein „Ethno-Medizinisches Zentrum“ in Hannover hat einen Gesundheitsleitfaden zum Thema „Gesundheit von Eltern und Kindern in

NRW“ in 15 Sprachen als Ergänzung des Vorhabens herausgebracht (vgl. Ethno-Medizinisches Zentrum e. V. 2015: o. S).

6.6. Informationsplattformen

Die Informationsplattformen im Internet zum Thema Flüchtlinge bieten Informationen für die Fachkräfte und die Flüchtlinge selbst. Für die Fachkräfte der Beratungsstellen stehen Leitfäden, Arbeitsmaterialien und Fachinformationen zur Verfügung, die je nach Themenkomplex in verschiedenen Sprachen erhältlich sind (z.B. Pro familia o. J.a: o. S.).

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein bietet den Ärzten in einem Handout Informationen über die durchzuführenden und abzurechnenden medizinischen Leistungen im Rahmen der Flüchtlingshilfe (KVNO 2016: 3-4).

Die Internetseite des Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V. bietet allen Hebammen aktuelle Informationen zum Umgang mit den Flüchtlingsfrauen, Hintergrundwissen zur Rechtslage und Abrechnung. (Landesverband der Hebammen NRW e.V. 2016a).

Auf der Homepage der Stadt Köln können alle deutschsprachigen Interessierte unter der Rubrik „Gesundheitsangebote für Flüchtlinge in Köln“ Informationen über die zuständigen medizinischen Einrichtungen und das Hebammennetzwerk einschließlich mehrsprachiger Anamnesebögen erhalten (Stadt Köln 2016b).

Der Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten enthält die Adressen einer Auswahl Kölner Arztpraxen, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Institutionen mit Hinweisen auf die jeweils angebotenen Fremdsprachen (Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit 2014).

Die Refugees Welcome Map bietet Informationen zur Orientierung in den Hilfsangeboten. Zuständige Ämter und Ansprechpartner von unterschiedlichen Hilfsorganisationen sind beschrieben und können den Stadtplan lokalisiert werden. Die Seite ist nur in Deutsch verfasst (Verband für interkulturelle Arbeit-Bundesverband 2015).

Für die Flüchtlinge bietet das BAMF eine Broschüre „Willkommen in Deutschland“ in 13 verschiedenen Sprachen mit Informationen rund um Einreise und Migration an (BAMF 2014). Die Broschüre enthält Informationen über den Sozial- und Gesundheitsbereich einschließlich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Ergänzend sind Beratungsverweise auf kommunale Ämter aufgeführt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit das Webportal „Zanzu“ entwickelt (BZgA/Sensoa 2016). „Zanzu“ bietet sowohl den Migranten, die neu in Deutschland sind, als auch dem involvierten Fachpersonal Informationen und ein Wörterbuch zum Thema Frauengesundheit und Sexualität.

Der Zugang zum Portal und dem Wissen aus dem Gesundheitsbereich ist durch 13 Sprachen und durch Symbole vereinfacht zu erreichen und dargestellt. Die Plattform beinhaltet für die Migranten einen Wegweiser durch das deutsche Gesundheits- und Beratungssystem, eine Aufklärung über die Rechte und Möglichkeiten und die Adresse einer Beratungsstelle in der Nähe. Die Beratungsstellen und die Medizinerinnen und Mediziner können sich neben passgenauen Informationen für die Beratungsgespräche auch über Hilfen zur Versorgungs- und Beratungstätigkeit unterrichten.

7. Beteiligte Akteure bei der Versorgung schwangerer Flüchtlingsfrauen in Köln

Zusätzlich zu den Akteuren des Gesundheitssystems, die bei normal verlaufenden Schwangerschaften involviert sind, kommen im speziellen Fall der Flüchtlingsfrauen und damit verbundenen unterschiedlichen Problematiken, Akteure des Sozialwesens hinzu. Die Auswahl der untenstehenden Akteure entstand durch Recherche auf den Internetseiten der Stadt Köln und der Informationsplattform des Landesverbandes der Hebammen NRW e.V. (siehe Kapitel 6.6.). Sie beschreibt die große Vielfalt an Beteiligten, wobei hierbei aufgrund der Grenzen der vorliegenden Arbeit eine Vollständigkeit nicht gewährleistet ist. In der Auflistung sind die definierten Strukturebenen BRONFENBRENNERS wiederzuerkennen. Gegenüber der schon in Kapitel 5 beschriebenen Makroebene, gehören untenstehende Beteiligte je nach Tätigkeitsfeld zum Exo- bzw. Mesosystem.

Einbezogen sind auch Organisationen, deren primäre Aufgabe die Rechtsberatung von Flüchtlingen ist, da diese Auswirkungen auf die Versorgung der schwangeren Flüchtlingsfrau haben kann (Kapitel 5). Die Übersicht diente als Grundlage für die Auswahl der Interviewpartnerinnen. Auf die konkreten Tätigkeitsfelder der befragten Akteure in Verbindung mit den Schwangeren wird im empirischen Teil eingegangen.

7.1. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe ist für die vertragsrechtliche Regelung der Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge in den Ersteinrichtungen, zentralen Unterbringungseinrichtungen und den Notunterkünften in Nordrhein-Westfalen zuständig (vgl. KVNO 2016: 2).

Teilnehmer des Vertrages vom 01.10.2015 sind die zur vertragsärztlichen Behandlung ermächtigten und angestellten Ärzte, medizinische Versorgungszentren und alle Einrichtungen gemäß § 95 SGB V (vgl. BMJV 2016b: 117). Unter speziellen vertraglichen Bedingungen können auch Ärzte mitarbeiten, die nicht an die vertragsärztliche Versorgung gebunden sind (vgl. KVNO 2016: 2). Inhalte des Vertrages sind die zu erbringenden

Leistungen, die Vergütungen und die Abrechnungsmodalitäten im Rahmen der medizinischen Untersuchungen und der Versorgung in den oben genannten Einrichtungen. Die Leistungen entsprechen denen in Kapitel 5.1.4. beschriebenen gemäß des Asylbewerberleistungsgesetzes.

7.2. Stadt Köln

In Köln sind das Amt für Wohnungswesen, das Amt für Soziales und Senioren und das Gesundheitsamt der Stadt für die Unterbringung, die finanzielle Unterstützung, die soziale Hilfe zur Lebensführung und die medizinische Versorgung der geflüchteten Menschen zuständig.

7.2.1. Amt für Wohnungswesen

Die Aufgaben des Amtes für Wohnungswesen sind die Wohnungspflege, das Ausstellen der Wohnberechtigungsscheine, die Wohnraumförderung, die Genehmigung des Wohngeldes und die Wohnungsversorgung (vgl. Stadt Köln o. J.b).

In Köln sind die Unterbringungsmöglichkeiten für Flüchtlinge vielfältig. Die Stadt Köln setzt auf das „4-Phasen-Modell der Unterbringung“. In Phase 1 werden Leichtbauhallen als Notunterkünfte zur Verfügung gestellt. Für die Phase 2 werden Bestandsgebäude provisorisch hergerichtet oder Wohncontainer aufgestellt, denen einfache Bauten in der 3. Phase folgen. In der 4. Phase soll es zum Bau und zur Nutzung von Wohnungen kommen (Stadt Köln 2015b: o. S.).

Die Beschaffung, der Betrieb und die Verwaltung von Wohnraum einschließlich der Beratung der untergebrachten Personen sind im Rahmen der Zuwanderung der Flüchtlinge eine der Hauptaufgaben. Schwangere werden bei der Wohnungsvermittlung aufgrund gesetzgeberischer Vorgaben (vgl. Pro familia o. J.b: o. S.) bevorzugt (Stadt Köln o. J.e: o. S.).

7.2.2. Amt für Soziales und Senioren

Der Aufgabenbereich des Amtes für Soziales und Senioren mit seinen neun Außenstellen in Köln deckt ein breites Spektrum ab (vgl. Stadt Köln o. J.a: o. S.). Das Amt bietet nach Bedarfsklärung die Unterstützung bei den „Hilfen zur Gesundheit“ nach dem Sozialgesetzbuch XII an (vgl. BMJV

2003). Es ist zuständig für die vorbeugende Gesundheitshilfe, die Hilfe zur Familienplanung, Unterstützung bei Krankheit, Schwangerschaft und Mutterschaft und bei Wunsch nach Sterilisation und ist behilflich bei der Vermittlung, Umsetzung und Finanzierung von ambulanter und stationärer Krankenhilfe (§§ 47-52) (vgl. BMJV 2003: o. S.).

Als örtlicher Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII ist das Amt involviert in die Unterstützung zur Beschaffung einer Wohnung und der Hilfe bei drohendem Verlust des Wohnraumes mit Obdachlosigkeit als Folge (vgl. ebd.: o. S.). Nach Klärung der Ansprüche auf Leistungen im Sozialbereich, wie Bildung und Unterhalt werden entsprechende finanzielle Hilfen gewährt.

Flüchtlingen, Vertriebenen und politisch, rassistisch und religiös Verfolgten werden Hilfen angeboten und abhängig von ihren Anspruchsberechtigungen erhalten sie durch das Amt die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

7.2.3. Gesundheitsamt

Das Gesundheitsamt Köln nimmt die kommunalen Aufgaben der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf der gesetzlichen Grundlage des Bundes, des Landes und stadtinterner Beschlüsse wahr (vgl. Stadt Köln o. J.c: o. S.). Die Mitarbeiter sind für die Planung, Koordination und Überwachung der Gesundheitsversorgung in Köln zuständig. Das Aufgabengebiet wird durch Hilfeleistungen für Wohnungslose, Suchterkrankte und Menschen mit eingeschränktem Zugang zum Regelsystem ergänzt (vgl. ebd.). Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist zuständig für die Unterstützung sozioökonomisch benachteiligter Kinder. Das Amt unterstützt und koordiniert die Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge durch Maßnahmen wie Impfungen, Untersuchungen und Beratungen einschließlich der notwendigen Hygieneüberwachung. Psychosoziale Beratungen in den Bereichen Familienplanung, Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikt gehören zu den Aufgabenfeldern. Ein multiprofessionelles Team aus medizinischem, pädagogischem und psychologischem Fachpersonal begleitet nach Totgeburten und Schwangerschaftsabbrüchen und leitet Hilfs-

maßnahmen für ein Leben mit kranken oder behinderten Kindern ein (BZgA 2012: o. S.).

7.3. Träger der Flüchtlingseinrichtungen

Die Flüchtlingsunterkünfte der Stadt Köln haben unterschiedliche Träger. Mit Bereitstellung der Unterkünfte durch das Amt für Wohnungswesen hat jede Wohnform einen verantwortlichen Träger, der für die Versorgung der untergebrachten Menschen zuständig ist.

Deutsches Rotes Kreuz

Das Deutsche Rote Kreuz ist der größte Träger der Einrichtungen in Köln und ist hauptsächlich für die Erstversorgung der neuangekommenen Flüchtlinge zuständig. Es betreut in Köln über 35 Notunterkünfte und Wohnheime mit rund 5.000 Flüchtlingen (vgl. DRK Kreisverband Köln e. V. 2016: o. S.). Das Betreuungsteam besteht aus mehr als 400 hauptamtlichen und 450 ehrenamtlichen Helfern. Ein Sozialbetreuungsteam mit Dolmetschern arbeitet vor Ort in jeder Einrichtung. Zur Versorgung gehören Essensausgaben und Hausmeisterarbeiten, sowie Freizeitangebote, Sprachkurse und Spielangebote für Kinder, die durch Ehrenamtliche praktiziert werden. Ein medizinisches Team aus Fachpersonal sorgt für die Durchführung und Koordination der Arztbesuche und der Gesundheitsvorsorge. Die Erstversorgung steht dabei im Vordergrund (vgl. ebd.).

Die DRK-Integrationsagentur Gesundheit ist die einzige der zehn Kölner Integrationsagenturen, die für Menschen mit Migrationshintergrund Beratungen über die Leistungen des deutschen Gesundheitssystems durchführt (DRK Kreisverband Köln e.V. o.J.: o. S.).

Internationaler Bund

Der Internationale Bund stellt die Versorgung der Flüchtlinge mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sicher. Flüchtlinge mit einem geklärten Aufenthaltstitel erhalten weitere Hilfen und Dienstleistungen. Das Spektrum der Hilfsmöglichkeiten umfasst die Organisation von Wohnraum für Asylsuchende und Flüchtlinge, Beratungs- und

Begegnungsangebote, Hilfen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge und die Sprachförderung (vgl. IB o. J.: o. S.).

Der IB bietet an der Lebenswelt der Migrantinnen orientierte Integrationskurse zur Sprachförderung und Themen wie Erziehung, Gesundheit und Konfliktbewältigung an (vgl. ebd.).

Sozialdienst Katholischer Männer

Die 560 Mitarbeiter und etwa 150 Ehrenamtlichen des Sozialdienstes Katholischer Männer in Köln sind in der Kinder-, Jugend-, und Familienhilfe einschließlich der Sozial- und Gesundheitshilfe beschäftigt. Im Rahmen der Flüchtlingshilfe leiten sie seit 2015 im städtischen Auftrag drei Wohnheime im Kölner Norden (vgl. Netzwerk Flüchtlingshilfe Köln-Worringen 2016: o. S.). Die Mitarbeiter begleiten Flüchtlinge bei Arzt- und Ämterbesuchen. Die ehrenamtlich Tätigen kümmern sich um medizinische und gesundheitliche Fragen (vgl. Dick 2015: o. S.).

Malteser

Die Aufgabe der Malteser ist die Unterbringung, Betreuung und Verpflegung von Flüchtlingen in Erstaufnahmeeinrichtungen und zentralen Unterbringungseinrichtungen einschließlich der kommunalen Unterkünfte (vgl. Malteser Zentrale o. J.: o. S.).

Die Anlaufstelle der Malteser Migranten Medizin am Malteser Krankenhaus St. Hildegardis, Haus Rita in Köln, bietet Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung ärztliche Hilfe zur Notfall- und Schwangerschaftsversorgung an (vgl. Landesverband der Hebammen NRW e. V. 2016c: o. S.).

7.4. Schwangerschaftsberatungsstellen

In Köln gibt es zahlreiche Schwangerschaftsberatungsstellen, die in die Flüchtlingshilfe involviert sind. Das Spektrum der Beratungsthemen umfasst soziale, medizinische und rechtliche Aspekte. Der Unterstützungsbedarf der Flüchtlingsfrauen wird ermittelt und entsprechende Hilfen beantragt. Auf Wunsch und bei Indikation wird an andere Beratungsstellen weitergeleitet. Die Beratungsarbeit ist unabhängig vom Aufenthaltsstatus der Flüchtlinge und kann in Einzelsitzungen und Gruppenangeboten wahrgenommen werden.

Im Schwangerschaftskonfliktfall sind Pro familia Köln-Zentrum, Pro familia Chorweiler, das Gesundheitsamt Köln, Donum vitae Köln und die evangelische Beratungsstelle zuständig (Donum vitae Köln e.V. o. J.: o. S.).

Diakonie

Die Diakonie in Köln ist engagiert in der Beratung von Flüchtlingen, die noch keinen gefestigten Aufenthaltsstatus besitzen (vgl. Diakonisches Werk Köln und Region o. J.a: o. S.).

Themenschwerpunkte sind die Rechts- und die Sozialberatung bei Fragen zu Partnerschaft, Erziehung, Arbeitsplatz und Wohnraum. Bei einer Schwangerschaft mit den daraus resultierenden Lebensveränderungen und der Organisation und Bewältigung der neuen Situation, bietet die Beratungsstelle Informationen und Hilfen an. Eingeschlossen ist die Psychologische Beratung bei Traumatisierung.

Das Angebot gilt für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge und Asylbewerber mit unterschiedlichen Aufenthaltstiteln. Im Netzwerk „Menschen ohne Papiere“ werden Hilfesuchende ohne Aufenthaltsgenehmigung in allen rechtlichen und sozialen Belangen, wie zum Beispiel bei Schwangerschaft und Krankheit unterstützt.

In der Migrationsberatung werden anerkannte Asylbewerber, die über 27 Jahre alt sind über alle angebotenen Maßnahmen zur Integration und zur weiteren Anerkennung aufgeklärt. Die Beratung schließt den Bereich Gesundheit, psychische Belastung und Behinderung ein (vgl. Diakonisches Werk Köln und Region o. J.b: o. S.).

Pro familia

In Köln gibt es in den drei Stadtteilen Chorweiler, Kalk, Zentrum und am Hansaring, Einrichtungsstellen von Pro familia.

Die Mitarbeiterinnen führen Beratungen im breiten Spektrum der Fortpflanzungsmedizin, im Schwangerschaftskonfliktfall und im Bereich des Sozial- und Familienrechtes durch. Die Auskünfte können sowohl online, als auch persönlich erfolgen (vgl. Pro familia o. J.c: o. S.).

Esperanza

Die zwei Esperanza Beratungsstellen vom Sozialdienst Katholischer Frauen in Köln beraten in allen Fachfragen zum Thema Schwangerschaft und Geburt einschließlich der ersten drei Lebensjahre des Kindes (SKF e.V. Köln 2015b: o. S). Dabei stehen präventive Beratungsangebote, die Sozialberatung, die Vermittlung an andere Fachdisziplinen und Gruppenangebote für Schwangere und junge Mütter im Vordergrund.

Flüchtlinge erhalten Informationen durch die Mitarbeiter der Fachbereiche „Gefährdetenhilfe“ und „Kinder, Jugend und Familie“. Minderjährige Flüchtlinge bekommen Unterstützung in Form von Wohnraumangeboten und ehrenamtlichen Vormundschaften (SKF e.V. Köln 2015a: o. S).

Donum vitae

Die Donum vitae Köln e.V. ist eine Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle. Die Mitarbeiterinnen unterstützen die Frauen bei der Ermittlung der finanziellen und rechtlichen Ansprüche und begleiten bei Behördengängen. Sie bieten außerdem Hilfen bei Schwangerschaft und Beratung zur Familienplanung an. Verschiedene Fachdisziplinen in der Beratungsstelle offerieren Alleinerziehenden Unterstützung bei Lebenskonflikten. Das Angebot schließt die Begleitung und Beratung bis zum dritten Lebensjahr des Kindes ein. Sie stellen Anträge bei der Bundesstiftung „Mutter und Kind-Schutz des ungeborenen Lebens“ und verteilen bei Notlagen Sachleistungen (Donum vitae Köln e.V. o. J.: o. S.).

7.5. Hebammen und Frauenärzte

Die Berufsgruppe der Hebammen ist durch vielschichtige Arbeitsfelder in unterschiedlichen Bereichen an der Arbeit mit schwangeren Flüchtlingsfrauen beteiligt. Im Kreisverband Köln sind offiziell 260 Hebammen als Mitglieder gemeldet. Wie viele davon freiberuflich oder angestellt sind, kann nicht ausgewertet werden.³ Die Gesamtzahl, der in Köln arbeitenden Hebammen, kann durch eine fehlende verbindliche Meldepflicht nicht bemessen werden. Der Hebammenverband auf Kreis- und Landesebene bietet den in Köln arbeitenden Hebammen auf seiner Internetseite Informationen zur Betreuung von schwangeren Flüchtlingsfrauen an und nimmt an Gesundheitsgremien auf kommunaler und Landesebene teil (siehe Kapitel 6.6.).

Die Tätigkeitsfelder der freiberuflich arbeitenden Hebammen stimmen mit denen in Kapitel 5.2.4. beschriebenen überein. Die Vermittlung verläuft über persönliche Kontakte, Listen in Krankenhäusern oder das Hebammennetzwerk Köln e.V. (<http://www.hebammennetzwerk-koeln.de/>).

Die Arbeit der Familienhebamme hat zum Ziel, die Gesundheit von Mutter und Kind zu fördern und die Familie niedrigschwellig in ein soziales Netzwerk einzubetten (vgl. Bund Deutscher Hebammen 2004, zitiert nach Sayn-Wittgenstein 2007: 127). Familienhebammen sind in Köln beim Gesundheitsamt oder bei sozialen Trägern angestellt oder arbeiten freiberuflich auf Honorarbasis. Die angestellten Hebammen, die innerhalb der Krankenhäuser tätig sind, werden als Akteurinnen den Krankenhäusern als Organisation in Kapitel 7.6. untenstehend zugeordnet.

Laut des Kölner Branchenbuches gibt es im Kölner Stadtgebiet 154 Frauenarztpraxen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (Deutsche Telekom Medien GmbH und Partnerfachverlage 2016: o. S.). Die meisten bieten die Regelversorgung in den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe an (Kapitel 5.2.3.). Die Ärzte, die über Fremdsprachenkenntnisse verfügen, können sich im Gesundheitswegweiser für Migranten (siehe Kapitel 6.6.) registrieren lassen.

³ Telefongespräch mit der Geschäftsstelle des Landesverbandes der Hebammen Nordrhein-Westfalen am 30.05.2016.

7.6. Krankenhäuser

Von den 21 freigemeinnützigen Krankenhäusern in Köln verfügen neun über eine gynäkologische- geburtshilfliche Abteilung. Die Universitätsklinik Köln, die Städtischen Kliniken Holweide und das Städtische Krankenhaus Porz sind Krankenhäuser mit angegliederten Perinatalzentren für die Entbindung von Frühgeborenen oder kranken Neugeborenen. Alle Krankenhäuser bieten den Schwangeren Kurs- und Informationsabende zum Thema Schwangerschaft und Geburt (vgl. Stadt Köln o. J.d: o. S.). Die Krankenhäuser übernehmen die Betreuung der Schwangeren in Problem-situationen, in denen eine stationäre Aufnahme notwendig ist, oder Untersuchungen durchgeführt werden, die über die Versorgung der niedergelassenen Frauenärzte hinausgeht. Kernarbeitsfeld ist die Betreuung während und nach der Geburt. Hierbei arbeiten je nach Verlauf ein interprofessionelles Team aus Ärzten, Hebammen, Gesundheits- und Krankenpflegern und Kinderkrankenschwestern, aber auch Kinderärzte und Anästhesiemitarbeiter zusammen.

7.7. Kölner Flüchtlingsrat

Der Kölner Flüchtlingsrat setzt sich seit 1984 für den Schutz und die Rechte der Flüchtlinge, sowie für ihre Integration ein (vgl. Kölner Flüchtlingsrat 2016: o. S.). Er gilt als Flüchtlings- und Menschenrechtsorganisation und verfügt über Beratungsstellen, Menschenrechtsgruppen, Flüchtlingsinitiativen und Haupt- und Ehrenamtliche. Mitglieder des Flüchtlingsrates nehmen unter anderem am „Runden Tisch“ für Flüchtlinge in Köln teil, wo sie an der Erarbeitung der „Leitlinien zur Unterbringung und Betreuung von Flüchtlingen in Köln“ (Stadt Köln 2004) beteiligt waren. Aus diesem Grund liegt der Fokus der Arbeit auf der Rechtsberatung von Flüchtlingen und dem Einsatz für angemessene Lebens- und Unterbringungsverhältnisse, insbesondere auch für besonders schutzbedürftige Flüchtlingsgruppen (Kölner Flüchtlingsrat 2016: o. S.).

7.8. Sonstige

Neben den oben aufgeführten Akteuren verfügt Köln über eine Vielzahl von Gruppierungen und Vereinen über das ganze Stadtgebiet verteilt, die sich für traumatisierte Frauen (z.B. Agisra, Parisozial), Menschen ohne Papiere (z. B. Kein Mensch ist illegal, Refugee Law Clinic Cologne) und für die Integration sozialer Randgruppen (z. B. Kölner Freiwilligenagentur, Laachende Hätze e.V.) einsetzen und darüber auch Kontakt zu schwangeren Flüchtlingsfrauen erhalten. An den Gruppierungen sind hauptamtlich sowie auch ehrenamtlich Tätige beteiligt. Darüber hinaus entstanden im Erhebungszeitraum ständig neue Internetplattformen mit einer Auflistung von Anlaufstellen für Hilfeleistungen unterschiedlicher Art (siehe Kapitel 6.6). Die Menge an Angeboten übersteigt die Möglichkeiten der vollständigen Aufzählung an dieser Stelle.

8. Forschungsdesign der Netzwerkanalyse

Im Folgenden wird der Aufbau und Ablauf der Forschungsarbeit von der Planung über die Durchführung der Interviews und die Auswertung der daraus gewonnenen Daten dargestellt. Die Leitaspekte der ökologischen Systemtheorie dienten dabei neben allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnissen eines Forschungsdesigns als Grundlagen.

8.1. Entwicklung der Forschungsfrage

Nach TITSCHLER benötigt der Forscher auf den Inhalt bezogene Hypothesen und Annahmen, um ein Analysedesign auszuwählen (vgl. Titschler et al. 2008: 95). Aufgrund der wissenschaftlich noch nicht explizit auf die schwangere Flüchtlingsfrau abgestimmte Thematik (siehe Kapitel 3.2.) konnten im vorliegenden Fall aus der praktischen Arbeit, den beschriebenen Forschungsergebnissen und den dargestellten Rahmenbedingungen im Kölner Stadtgebiet Vorannahmen generiert werden. Als Vorannahmen wurden folgende Aussagen formuliert:

1. Die Maßnahmen der Akteure des Sozial- und Gesundheitswesens haben Einfluss auf die Integration schwangerer Flüchtlingsfrauen in das Gesundheitssystem.
2. Eine Integration in das Gesundheitssystem ist sinnvoll.
3. Die Zusammenarbeit der Akteure des Sozial- und Gesundheitswesens haben Einfluss auf diese Integration.

Im Stadtgebiet von Köln konnten nur einzelne Phänomene beschrieben werden und keine konkreten Problemfelder. Die daraus resultierende offen formulierte Forschungsfrage lautete:

Wie erfolgt die Integration schwangerer Flüchtlingsfrauen in das Vorsorge- und Versorgungssystem des Gesundheitswesens in Köln und wie kooperieren die Akteure des Sozial- und Gesundheitswesens dabei? (siehe Kapitel 1)

Diese Fragestellung schloss die von BRONFENBRENNER definierten Systemebenen ein und ermöglichte die Generierung von Thesen nach Aus-

wertung der Forschungsergebnisse. Herausforderung dabei war es, sich nicht von schon gemachten Erfahrungen leiten zu lassen und in der Lage zu sein, Unerwartetes wahrzunehmen (vgl. Titschler et al. 2008: 98).

In der Forschungsfrage wurde der Fokus auf den Prozessablauf und die daran beteiligten Akteure gelegt. Dabei sollte der Prozessablauf nicht als objektive Abbildung verstanden werden, sondern als Deutung eines spezifischen Konzepts (vgl. Helfferich 2009: 31).

Aus der Forschungsfrage leiteten sich zahlreiche Unterfragen ab, die in den Interviewleitfaden integriert wurden (siehe Kapitel 8.5.1., 8.5.2.). Sie basierten unter anderem auf den Grundlagen gesetzlicher Vorgaben der Schwangerenbetreuung unter Berücksichtigung des Asylrechtes. Im Hinblick auf die Kooperation sollte der Strukturaufbau zum Informationsaustausch zwischen den Akteuren selbst und zwischen der Flüchtlingsfrau und den Akteuren betrachtet werden. Nach Festlegung der Forschungsfrage ergab sich das in den folgenden Kapiteln beschriebene Forschungsdesign.

8.2. Methodik

Die zu bearbeitende Forschungsfrage legt ihren Schwerpunkt darauf, „[...] die Bestandteile innerhalb eines speziellen Systems auszumachen und ihre simultane Wechselwirkung zu erfassen“ (Bronfenbrenner 1976: 207). Das Erkennen dieser Wechselwirkungen wird in der vorliegenden Arbeit als Netzwerkanalyse bezeichnet. Im Gegensatz zu hochstandardisierten Verfahren, die mit Hilfe von Modellrechnungen formale Strukturen zwischen Akteuren und ihren Leistungen identifizieren (vgl. Hollstein 2006: 12), wurde in der vorliegenden Arbeit ein qualitatives Design gewählt. Die Anwendung von qualitativen Methoden soll die „[...] Fragen nach der Verknüpfung von Struktur- und Akteursebene sowie der Entstehung und der Dynamik von Netzwerken“ (ebd.) beantworten, was mit quantitativen Ansätzen nicht möglich ist.

Als theoretische Grundlagen dienen dabei sozialwissenschaftliche Netzwerktheorien und die ökologische Sozialforschung nach BRONFENBRENNER (siehe Kapitel 4.2).

Das Thema der Integration der schwangeren Flüchtlingsfrauen in das Gesundheitssystem als unfreiwillige Migrantin in der Akutsituation im Gegensatz zu anderen Stadien der Migration (siehe Kapitel 5) stand bis jetzt wenig im öffentlichen Fokus, noch gab es hierüber Forschungsberichte, die dieses Phänomen auf der lokalen Ebene der Stadt Köln beschrieben. Bei neuen, theoretisch noch wenig strukturierten Gegenstandsbereichen kann die qualitative Forschung zur Exploration führen (vgl. Lamnek 2010: 81). Das Design der Netzwerkanalyse ermöglicht das Erfassen struktureller und kommunikativer Zusammenhänge.

Die Forscherinnen entschieden sich in der vorliegenden Arbeit für die Darstellung einer Ist-Analyse, wofür mit Hilfe von Expertinneninterviews Daten generiert wurden. Dieses induktive Vorgehen wurde gewählt, „[...] um Deutungen der Akteure, subjektive Wahrnehmungen, individuelle Relevanzsetzungen und handlungsleitende Orientierungen zu erfassen“ (Hollstein 2006: 21). Ob das Netzwerk als Struktur in der Gesellschaft und der Kommunikation vorhanden ist, sollte dabei identifiziert werden (vgl. Bommers/Tacke 2006: 38).

Bei der Bearbeitung des Themas profitierten die Autorinnen von ihrem theoretischen und praktischen Vorwissen im Bereich der Migration und Versorgung von Schwangeren, welches sie durch eine umfassende Datenrecherche und das Aneignen von relevanten Informationen und Gesetzen ergänzten. Nach FLICK ist gerade das Vorwissen des Forschers von entscheidender Bedeutung, um einen offenen Blick auf den Untersuchungsgegenstand zu bewahren (vgl. 2005: 203). Aufgrund dieses Wissens kam es zur Konzeption der Datenerhebungsmethode.

Angelehnt an das theoretische Sampling nach GLASER und STRAUSS geht es bei der Datengenerierung nicht um eine Repräsentativität, sondern um das Erfassen größtmöglicher Varianten und Ausprägungen eines bestimmten Phänomens (vgl. Flick 2005: 37). Das explorative Experteninterview hatte das Ziel, eine erste Orientierung im Feld, eine Schärfung des wissenschaftlichen Problembewusstseins und schließlich nach Auswertung und Interpretation der Daten eine Thesengenerierung herbeizuführen (vgl. Bogner et al. 2014: 23). Die Datenauswertung erfolgte mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse formuliert von MEUSER und NAGEL

(2009: 56) und angelehnt an die Methode der rekonstruktiven Sozialforschung nach BOHNSACK (siehe Kapitel 8.8.).

8.3. Ethische Aspekte

Da bei der geplanten Forschung eine Befragung schwangerer Flüchtlingsfrauen nicht geplant war, fielen ethische Aspekte, wie Traumata, Sprachprobleme und die Akquirierung von Gesprächspartnern aus dem Kreis der Flüchtlingsfrauen weg.

Das Forschungsvorhaben unterlag dennoch den forschungsethischen Prinzipien von SCHNELL und HEINRITZ (2006: 21-23). Hierzu wurden bei der Bearbeitung und der Planung der Forschungsarbeit die acht Prinzipien der Forschungsethik beachtet und diese als Referenz zu den geplanten Maßnahmen in Bezug gesetzt. Durch diese forschungsethischen Prinzipien erwuchsen den Forscherinnen Pflichten, deren Einhaltung garantiert werden mussten.

Mögliche Aspekte waren hier die freiwillige Teilnahme der Interviewpartner, da durch den gewählten Zugang davon auszugehen war, dass in einigen Fällen die Organisation den Interviewpartner benennt. Ein weiterer Aspekt war der Umgang mit den gesammelten Daten hinsichtlich der Datenschutzbestimmungen. Zu diesem Zweck entwickelten die Forscherinnen Informationsmaterial über das Forschungsvorhaben, in denen der Ablauf des Interviews sowie alle Optionen zur Teil- bzw. Nichtteilnahme aufgeführt waren (siehe Anhang I: Nr. 2). Hierbei wurde hervorgehoben, dass aufgrund des Forschungsdesigns eine Anonymisierung der Daten nicht möglich sei, da die Interviewpartner als Vertreter von Organisationen und Berufsgruppen standen. Ein Vernichten der digital aufgenommenen Daten nach Abschluss der Arbeit wurde zugesichert. Um eine rechtliche Absicherung über die Aufklärung zu erhalten, fügten die Autorinnen noch eine Einverständniserklärung zur Unterschrift hinzu. Eine Kopie verblieb bei den Interviewpartnern (siehe Anhang I: Nr.3).

8.4. Datenerhebungsmethode

Als Datenerhebungsmethode wurde ein leitfadenorientiertes Experteninterview gewählt. In diesem Interview kommen durch eine relativ offene Gesprächsgestaltung die Sichtweisen des befragten Subjekts zur Geltung (vgl. Flick 2011: 194). Als Experte gilt dabei eine Person, die es ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, bezüglich eines Problemkreises geschafft hat, mit ihren Deutungen ein konkretes Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend zu strukturieren (vgl. Bogner et al. 2014: 13). Die Experten sollen hierbei selbst Teil des zu untersuchenden sozialen Handlungsfeldes sein und als komplementäre Informationsquelle über weitere Zielgruppen genutzt werden (vgl. ebd.: 23). Die vorliegende Arbeit orientiert sich an dem Aufsatz zum Experteninterview nach MEUSER und NAGEL und deren Unterscheidung zwischen Betriebs- und Kontextwissen von Experten (vgl. 2005, zitiert nach Bogner et al. 2014: ebd.).

„Das Betriebswissen bezieht sich auf den eigenen Handlungszusammenhang der Experten, Kontextwissen [...] auf [...] Felder [...], in denen die befragten Experten nicht selber Akteure sind.“ (ebd.)

Auf dieser Grundlage baute sich die im Folgenden beschriebene Stichprobenauswahl auf, mit der Überlegung, die oben genannten Faktoren zu erfüllen (siehe Kapitel 8.7.). Neben dem Gewinn von Informationen bietet diese Interviewart Möglichkeiten, „Deutungen“ der Befragten zum Thema zu erhalten sowie den Zugang zum Feld zu erleichtern und zu erweitern. Der Interviewer kann im vorliegenden Fall nach BOGNER und MENZ als „Co-Experte“ auftreten (vgl. 2009: 77). Kenntnisse und Wissen können vom Befragten vorausgesetzt werden, welche jedoch nicht in einer Wissenskongruenz gipfeln müssen (vgl. ebd.).

Das Experteninterview als Konzentration auf einen Sachverständigen birgt jedoch die Gefahr, die Bandbreite der relevanten Informationen einzuschränken (vgl. Flick 2011: 215). Die einzelnen Aussagen der Interviewten dürfen nicht aus ihrem Gesamtkontext herausgenommen werden. Dem Befragten muss die Gelegenheit gegeben werden, mit seiner Erzählung

einen Kontext herzustellen, indem er mehr Hintergründe zur eigenen Sichtweise liefert (vgl. Bohnsack 2010: 21).

Dementsprechend sind die Fragestellungen im Interview darauf auszurichten. Die Gefahren der mangelnden Kooperation des Gesprächspartners, der Subjektivität des Gesagten und die mögliche Unvollständigkeit der Angaben wurden in die Gestaltung des Interviewleitfadens und der Gesprächsführung einkalkuliert.

8.5. Instrument

Vor Durchführung der Interviews wurde ein teilstrukturierter Interviewleitfaden erarbeitet. „Der Leitfaden wird nach thematischen Bereichen konstruiert, die jeweils von einer offenen Frage eingeleitet und mit einer Konfrontationsfrage beendet werden“ (Flick 2011: 203). Diese thematischen Bereiche bildeten sich durch die im Vorfeld generierten Vorannahmen und die dadurch entstandene Forschungsfrage heraus. Die entwickelten fünf Kernthemen wurden zu sogenannten „Pflichtfragen“, die in ähnlicher Weise in allen thematisch gleich gelagerten Expertinneninterviews angewendet wurden (vgl. Bogner et al. 2014: 29). Ergänzt wurden sie von detaillierten Fragen zu Einzelaspekten des Themas.

Die Pflichtfragen lauteten:

1. Durch welchen Tätigkeitsbereich kommen Sie mit dem Thema „Schwangere Flüchtlingsfrauen“ in Kontakt?
2. Welche Leistungen werden von Ihrer Organisation zum Thema angeboten?
3. Mit welchen anderen Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens kommen Sie dabei in Kontakt?
4. Wo sehen Sie Probleme bei der Zusammenarbeit?
5. Haben Sie Verbesserungsvorschläge zur Zusammenarbeit?

Anders als bei standardisierten Leitfäden wurden in der vorliegenden Arbeit die Leitfäden abhängig vom Interviewpartner modifiziert. Bei qualitativen Interviews ist es nicht erforderlich in allen Gesprächen die identischen

Fragen zu stellen, um eine Vergleichbarkeit zu erreichen. Ziel ist es, einen Redefluss bezüglich der forschungsrelevanten Fragestellung in Gang zu setzen (vgl. Bogner et al. 2014: 28). Dadurch konnten unerwartete Themendimensionen trotzdem mit aufgenommen werden (vgl. Meuser/Nagel 2003, zitiert nach Bohnsack 2003: 58). Der Leitfaden umfasste abschließend 18 bzw. 15 Fragen (Kapitel 8.5.1., 8.5.2.).

Er fungierte nur als Orientierung für die Forscherinnen und die Reihenfolge der Fragen war bei der Gesprächsführung nicht festgelegt, sondern variierte durch den narrativen Prozess des Interviewten.

Die Aufgabe der Forscherinnen war es, ein zu weites Abschweifen vom Thema durch vorsichtiges Zurückführen zur Thematik zu beeinflussen, ohne den Gesprächsfluss nachhaltig zu blockieren. Nicht zuletzt kam es zu einer Modifizierung des Leitfadens während der empirischen Phase durch den Wissenszuwachs der Forscherinnen. „Der Leitfaden entwickelt sich [...] im Forschungsprozess kontinuierlich weiter“ (Bogner et al. 2014: 30).

Dabei wurde jedoch darauf geachtet, dass die Vergleichbarkeit der Interviews bestehen blieb. Im Anschluss werden die verwendeten Interviewleitfäden dargestellt. Interviewleitfragen 1 wurde für die Einzelakteure, Interviewleitfaden 2 für die Vertreter der Institutionen konzipiert.

8.5.1. Interviewleitfaden 1 (Einzelakteure)

1. Durch welchen Tätigkeitsbereich kommen Sie mit schwangeren Flüchtlingsfrauen in Kontakt?
2. Wie erhalten sie Kenntnis von schwangeren Flüchtlingsfrauen?
3. Welche Leistungen bieten Sie schwangeren Flüchtlingsfrauen an?
4. Benötigen Sie dafür spezielle Qualifikationen und wurden Ihnen diese angeboten?
5. Haben sie Vorgaben von anderen Akteuren zur Ausübung Ihrer Tätigkeit?
6. Was machen sie im Schwangerschaftskonfliktfall?
7. An welche Stellen leiten Sie wann weiter?
8. Sind Sie im fachlichen Austausch mit anderen Netzwerkakteuren?
9. Welche Maßnahmen werden von Ihnen unternommen, die schwangeren Flüchtlingsfrauen in die Strukturen des Gesundheitssystems zu integrieren?
10. Wer begleitet die schwangere Flüchtlingsfrau zu Vorsorgeterminen ins Krankenhaus?
11. Wie werden sprachliche Barrieren gemanaged?
12. Wie gehen Sie mit kulturellen Eigenarten um?
13. Welche Maßnahmen werden für die Versorgung der Frauen für die Zeit nach der Entbindung getroffen?
14. Haben Sie Kenntnis von bestehenden Konzepten zur Integration schwangerer Flüchtlingsfrauen?
15. Wie empfinden Sie die Abrechnungsmodalitäten?
16. Gibt es Informationsmaterial, das Sie den Flüchtlingsfrauen zur Orientierung im Gesundheitswesen geben?
17. Wie empfinden Sie die Kooperation mit anderen Netzwerkakteuren?
18. Was würden Sie sich in der Zusammenarbeit mit anderen Netzwerkakteuren wünschen?

8.5.2. Interviewleitfaden 2 (Institution)

1. Durch welchen Tätigkeitsbereich kommen Sie mit dem Thema „schwängere Flüchtlingsfrauen“ in Kontakt?
2. Wie und durch wen erhalten Sie Kenntnis von schwangeren Flüchtlingsfrauen?
3. Welche Aufgaben übernimmt Ihre Organisation im Rahmen dieses Themenbereichs?
4. Haben sie Vorgaben von Landes - oder Bundesebene zur Ausübung Ihrer Tätigkeit?
5. Was machen Sie im Schwangerschaftskonfliktfall?
6. Mit welchen anderen Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens sind Sie im fachlichen Austausch?
7. Welche Maßnahmen werden im Einzelfall von Ihnen/Ihrer Institution unternommen, die schwängere Flüchtlingsfrau in die Strukturen des Gesundheitssystems zu integrieren?
8. Wie werden sprachliche Barrieren gemanaged?
9. Wie gehen Sie mit kulturellen Eigenarten um?
10. Welche Maßnahmen werden zur Versorgung der Flüchtlingsfrauen für die Zeit nach der Entbindung getroffen?
11. Haben Sie Kenntnis von bestehenden Konzepten zur Integration schwangerer Flüchtlingsfrauen?
12. Wie sind die Abrechnungsmodalitäten für die erbrachten Leistungen im Gesundheitswesen für schwängere Flüchtlingsfrauen in Köln geregelt und wie bewerten Sie sie?
13. Gibt es Informationsmaterial, das Ihre Institution den Flüchtlingsfrauen. zur Orientierung im Gesundheitswesen zur Verfügung stellt?
14. Wie empfinden Sie die Kooperation mit anderen Akteuren?
15. Was würden sie sich in der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren wünschen?

8.5.3. Pretest

Um die Funktionalität der Interviewfragen, gemessen an den Erwartungen der Forscherinnen zu überprüfen, wurde ein Pretest mit einer, mit dem Thema vertrauten Hebamme durchgeführt. Der Pretest fand in der frühen Planungsphase statt. Im Vorfeld waren die Informationsmaterialien für die Interviewpartner gemäß wissenschaftlicher Anforderungen entworfen worden (siehe Anhang I: Nr. 1, 2.). Der Interviewleitfaden wurde auf den Arbeitsbereich der Probandin als freiberufliche Hebamme abgestimmt (siehe Kapitel 8.5.1.). Die Forscherinnen stimmten den Interviewablauf untereinander ab. Eine Autorin fungierte als Gesprächsleitung, währenddessen die zweite Autorin eine Kurzmitschrift des Interviews anlegte. Ihr verblieb darüber hinaus die Möglichkeit, Nachfragen und Vertiefungsfragen zu stellen.

Das Interview fand auf Vorschlag der Probandin in einem ruhigen Café statt. Der Probandin wurden die Informationen zum Forschungsprojekt in Schriftform übergeben und mündlich erläutert. Daneben erhielt sie Informationen über ihre spezielle Funktion nicht nur als Pretestprobandin sondern auch als Funktionsträgerin im Hinblick auf die Forschungsfrage. Eine unterschriebene Einverständniserklärung zur Datenaufnahme und Verarbeitung lag vor.

Das Gespräch wurde digital mit einem Mobiltelefon aufgezeichnet. Im Anschluss reflektierten die Autorinnen zusammen mit der Befragten die Fragestellungen, Aufbau des Leitfadens, Gesprächsaufteilung und fehlende Aspekte. Da durch einen technischen Fehler die ersten zehn Minuten nicht aufgezeichnet worden waren, wurden bei allen folgenden Interviews zwei Mobiltelefone zur Aufnahme benutzt. Durch die parallele schriftliche Aufzeichnung kam es im Fall des Pretest nicht zum Verlust von Daten.

Die Wahl eines öffentlichen Ortes zeigte sich aufgrund von äußeren Ablenkungen als nicht optimal. Die an das Gespräch anschließende Reflexion der Ergebnisse machte deutlich, dass die Fragestellungen zielführend waren, so dass die Forscherinnen nicht nur von Änderungen des Interviewleitfadens absahen, sondern das als Pretest veranlagte Interview mit in die Datenauswertung einbezogen. Auch der veranschlagte Zeitrahmen von 30 Minuten erwies sich als realistischer Wert.

8.6. Feldzugang

„Der Expertenstatus ist ein zugeschriebener, der vom jeweiligen Forschungsfeld und -interesse abhängt“ (Bogner et al. 2014: 35). Nachdem sich das Thema der Arbeit herauszukristallisieren schien, begannen die Überlegungen, welche Akteure für die Bearbeitung einer Netzwerkanalyse zum Forschungsthema relevant seien. Mit Hilfe der schon beschriebenen Internetseiten unter Hinzuziehung des Wissens aus dem beruflichen Kontext der Autorinnen wurden mögliche Interviewpartner identifiziert und nach ihrem Stellenwert als Expertin eingeordnet (siehe Kapitel 8.4.). Hierbei sollten nach dem Modell von BRONFENBRENNER alle Strukturebenen und die darin tätigen Akteure im Stadtgebiet von Köln, die sich mit dem Thema der schwangeren Flüchtlingsfrauen beschäftigten, berücksichtigt werden.

Ein Anschreiben (siehe Anhang I: Nr.1), welches kurz die Problematik und das Forschungsvorhaben erklärte, wurde entworfen. Dem Anliegen der Forscherinnen, das Logo der Katholischen Hochschule in diesem Anschreiben verwenden zu dürfen, wurde von Dekanatsseite nicht entsprochen. Durch persönliche Kontakte zum Landesverband der Hebammen NRW e. V. und der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V., erklärten sich beide Organisationen zu einer offiziellen Unterstützung ohne finanzielle Beteiligung des Forschungsvorhabens bereit und sollten durch ihre Erwähnung im Anschreiben somit als „Gatekeeper“ (Titschler et al. 2008: 93) bei den kontaktierten Akteuren fungieren. Dies sollte nach BOGNER zur Aufwertung des eigenen Status und als Verweis auf die Bedeutsamkeit des Forschungsthemas fungieren (vgl. 2014: 38).

Nach einer ersten Evaluation, der für die Fragestellung relevanten Akteure, wurde versucht, telefonisch Kontakt aufzunehmen. Im persönlichen Gespräch sollte das Forschungsvorhaben detailliert dargelegt werden und Fragen des Gesprächspartners bezüglich seiner Eignung, Relevanz zum Thema und Einzelheiten zum Ablauf direkt geklärt werden. In einigen Fällen konnten die Gesprächspartner an andere Stellen vermitteln oder boten an, das Anliegen der Forscherinnen weiterzuleiten.

Nach dem persönlichen Kontakt wurden die ausführlichen Informationsdokumente (siehe Anhang I: Nr. 1-2) und in Einzelfällen die Interviewleitfäden per E-Mail zugesandt. Die Terminvereinbarung zum Interview fand entweder innerhalb des Telefongesprächs oder nach Zusendung der Materialien statt. In vielen Fällen konnte kein direkter telefonischer Kontakt hergestellt werden, so dass ein Anschreiben per E-Mail mit Zusendung des Informationsblattes stattfand.

Die Kontaktaufnahme mit den für die Thematik wichtigen Akteuren beim Gesundheitsamt gestaltete sich durch das Fehlen eines Direktkontaktes zum Experten schwierig. Erst nach mehrmaligen Telefonaten kam es zum Kontakt mit einer Mitarbeiterin, die in das Thema involviert war. Jedoch war auf Weisung der Leitung des Gesundheitsamtes durch die steigende Anzahl an Nachfragen zu wissenschaftlichen Themen, eine Sperre zur Beteiligung an wissenschaftlichen Erhebungen auferlegt worden.

Erst durch das Weiterleiten der Forschungsanfrage von Seiten einer Mitarbeiterin des Amtes für Wohnungswesen an das Gesundheitsamt gelang eine Terminabsprache zum Interview mit der Fachbereichsleitung der „Frühen Hilfen“⁴. Dieses Phänomen wird bei LITTIG als elitäre Netzwerkontakte Gleichgestellter beschrieben (vgl. 2009: 124). Der Zugang zu demselben kann dem Forscher ein reichhaltiges wissenschaftliches Forschungsfeld bieten (vgl. ebd.: 125).

Eine Kontaktaufnahme zum Deutschen Roten Kreuz, bei dem die Forscherinnen drei unterschiedliche Stellen angeschrieben hatten, kam schließlich durch den persönlichen Einsatz der Fachbereichsleitung des Gesundheitsamtes zustande. Allerdings gelangten die Autorinnen dabei nicht an die Führungsebene des Deutschen Roten Kreuzes, sondern wurden an eine Mitarbeiterin in der untergeordneten Ebene der Heimleitung verwiesen.

Ein Fehlen dieses zentralen Akteurs hätte Auswirkungen auf die Netzwerkanalyse gehabt. „Um sich dies zu verdeutlichen, muss man sich nur einen Stern vorstellen, in dem der zentrale Akteur im Zentrum nicht für die Datenerhebung zur Verfügung steht“ (Trappmann et al. 2011: 226).

⁴ Konzept zur Beratung von Frauen und Familien in Konfliktsituationen bezüglich Schwangerschaft und der Zeit danach.

Auf viele Anfragen per E-Mail an Krankenhäuser und Schwangerschaftsberatungsstellen erfolgte keine Antwort. Hierbei kam es durch die wiederholte telefonische Kontaktaufnahme schließlich doch noch zu Terminvereinbarungen. Einige E-Mails wurden unbearbeitet von den Adressaten aus dem Maileingang entfernt, wie dies beim Leiter eines Kölner Krankenhauses durch die Kontaktaufnahme mit seiner Sekretärin offensichtlich wurde. Fünf angesprochene Akteure lehnten die Teilnahme an Interviews ab. Agisra e. V. (Informations- und Beratungsstelle für Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen) in Köln hatte keine zeitlichen Ressourcen. Das „Allerweltshaus e. V.“ in Köln, die Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer vom Paritätischen Wohlfahrtsverband und der Kölner Freiwilligendienst gaben an, zu wenig in das Thema der schwangeren Flüchtlingsfrauen involviert zu sein.

Eine Akteurin der Schwangerschaftsberatungsstelle des Sozialdienstes Katholischer Frauen sah das Thema Gesundheit und Integration nicht als Teil ihrer Arbeit an und lehnte ein Gespräch ab. Zum Distinktionsrepertoire von exponierten Personen gehört, sich von Normalbürgerinnen oder Laien abzugrenzen, indem sie Zugangsbarrieren zu ihren Lebens- und Arbeitsbereichen errichten (vgl. Bogner et al. 2014: 37). Der Mitarbeiterin von Donum vitae war es nicht möglich, einen Termin innerhalb von acht Wochen anzubieten, was durch Zeitmangel und der damit verbundenen Rangordnung von wichtigen und unwichtigen Terminen zu erklären ist (vgl. Brandl/Klinger 2006: zitiert nach ebd.). Von Seiten der Forscherinnen kam es zur Ablehnung einer Frauenärztin, die sich nur gegen ein Honorar interviewen lassen wollte.

Die Kenntnis über die Existenz weiterer potentieller Akteure konnte während der Interviews im „Schneeballverfahren“ (Bogner et al. 2014: 35) und über persönliche Kontakte erlangt werden. Bei zahlreichen Akteuren wurde deutlich, dass aufgrund der erhöhten Arbeitsbelastung, die Motivation zur Teilnahme reduziert war. Der eingeplante Zeitraum für das Akquirieren der Interviewpartner und der Datenerhebungszeitraum von acht Wochen wurde durch die Kontakt - und Terminproblematik auf 12 Wochen verlängert.

8.7. Stichprobe

Nach BOGNER ET AL. sind bei der Festlegung der Stichprobe neben der zu behandelnden Forschungsfrage auch finanzielle und zeitliche Ressourcen wichtig (vgl. 2014: 35).

Die Ressourcen, die einen Einfluss auf die Bestimmung der Stichprobe hatten, wurden im Vorfeld der Forschungsarbeit festgelegt. Durch ein geplantes Weiterleiten der Interviewdateien an einen Transkriptionsdienst (transcripto.de) war ein Budget von 600 € veranschlagt, was einer Anzahl von ca. 13 Interviews zu je 30 Minuten entsprach. Die Anfrage bei der Hauptstelle für Familienberatung der Evangelischen Kirche von Westfalen in der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e. V. in Münster bezüglich einer finanziellen Unterstützung wurde, mit der Begründung fehlender Relevanz des Themas für die Beratung mit Schwangeren abgelehnt. Das Gesundheitsministerium NRW beschied dieselbe Anfrage, wegen haushaltsrechtlicher Probleme negativ. Die Antwort auf die Anfrage dauerte mehrere Monate. Nach schriftlicher Anfrage bei der Frauen Union der CDU Nordrhein-Westfalen war eine finanzielle Unterstützung „im Zuge des allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes“ nicht möglich.

Die mit der Thematik der Integration schwangerer Flüchtlingsfrauen in das Gesundheitssystem in Köln beschäftigten Akteure, wurden den in Kapitel 4 beschriebenen Systemebenen zugeordnet. Bedingt durch die limitierten Ressourcen legten sich die Forscherinnen auf zwei Akteure pro Ebene fest, um sich einer Datensättigung anzunähern. Nach GLASER und STRAUSS ist von einer Sättigung der Daten auszugehen, „[...] sobald (der Forscher) sieht, dass die Beispiele sich wiederholen“ (1998, zitiert nach Bogner et al. 2014: 37).

Nachdem die Gesetzgebungen der vierten Ebene, der Makroebene angehören, zählten die Forscherinnen die kommunalen Ämter, wie das Gesundheitsamt, das Amt für Wohnungswesen und das Amt für Soziales und Senioren zum Exosystem und zum Mesosystem, je nachdem, in welchem Kontakt der Mitarbeiter zur Flüchtlingsfrau steht. Dabei verzichteten sie auf die Kontaktaufnahme mit dem Amt für Soziales und Senioren (siehe Kapitel 7.2.2.). Eine Fragestellung innerhalb des Interviewleitfadens zum Abrechnungsmodus der Gesundheitsleistungen, dessen Abwicklung

die Aufgabe des Amtes ist, war darauf ausgelegt, Informationen zu erhalten, ohne einen Mitarbeiter selber befragt zu haben.

Auch die Vertreter der Trägerschaften der Flüchtlingsunterkünfte konnte der oben beschriebenen Systemebene zugeordnet werden, hierbei wurde nur das Deutsche Rote Kreuz als größter Anbieter in Betracht gezogen. Die Betreuungsbeteiligung an über 30 Notunterkünften innerhalb des Stadtgebietes eröffnete dabei die Voraussetzung für eine ausreichende Datenlage. Wie schon im vorherigen Kapitel beschrieben, konnte trotz großer Initiative auf Seiten der Autorinnen nur die Koordinatorin einer großen Einrichtung über den Kontakt mit einer Fachbereichsleitung des DRK als Interviewpartnerin gewonnen werden. Die Vermittlung zu städtischen Mitarbeitern, die Flüchtlingseinrichtungen betreuen, wurde von der Leitung der Abteilung für Wohnungswesen wegen der vorherrschenden Situation der Arbeitsüberlastung abgelehnt.

Vertreter der geburtshilflichen Abteilungen, Frauenärzte und Hebammen wurden dem Mesosystem als die primären Gesundheitsakteure der zweiten Systemebene zugeordnet. Durch eine Gesprächspartnerin, die in der Doppelrolle als Familienhebamme und leitende Hebamme eines Kölner Krankenhauses agierte, konnten Informationen zum Thema von drei Einrichtungen generiert werden. Die Kontakte zu den interviewten Frauenärzten kamen über Informationen der Fachbereichsleitung der „Frühen Hilfen“ des Gesundheitsamtes und über persönliche Kontakte zustande. Hier war die Interviewbereitschaft sehr hoch. Neben einer freiberuflichen Hebamme wurden in diesem Berufsfeld noch die schon erwähnte Familienhebamme und die zweite Vorsitzende des Landesverbands der Hebammen NRW e. V. befragt.

Um Informationen weiterer, mit dem Thema beschäftigter Organisationen zu erhalten, konnten fast alle in Köln agierenden Schwangerschaftsberatungsstellen zur Teilnahme gewonnen werden und eine Mitarbeiterin des Kölner Flüchtlingsrates, die neben der Mitarbeiterin der Diakonie als Vertreterin der Rechtsberatung für Schwangere fungierte. Bei diesen, ebenfalls im Mesosystem Agierenden, wurde von der geplanten Zahl von zwei Interviewpartnern abgewichen, um durch diese Interviews weitere Rückschlüsse auf die anderen Strukturebenen zu erhalten und die entgegen-

gebrachte Interviewbereitschaft nicht abzulehnen. Insgesamt wurden 14 Interviews geführt, wobei alle Personen weiblichen Geschlechts waren. Der Einbezug von weiteren Akteuren auf den unterschiedlichen Ebenen hätte mehr Zeit zur Kontaktaufnahme, Auswertung der Daten und finanziellen Ausgaben geführt. Durch die Vielzahl, der in Köln aktiven Organisationen, zusammen mit den für diese Forschungsarbeit zur Verfügung stehenden Ressourcen, konnte kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden.

8.8. Datenauswertung

Die digital aufgezeichneten Interviews wurden an einen Transkriptionsservice in den Niederlanden per Datei zugesandt und dort innerhalb von fünf Tagen wortgetreu transkribiert. Auch wenn nach BOGNER ET AL. beim explorativen Experteninterview die Daten und Fakten, die aus dem Gespräch entnommen werden können, im Vordergrund stehen, besteht die Möglichkeit darüber hinaus, den konkreten Wortlaut einer weitergehenden Analyse zu unterziehen und Deutungswissen zu erlangen (vgl. 2014: 40).

Bei der Durchsicht der Transkripte wurde das, in der wissenschaftlichen Literatur beschriebene Phänomen der grammatikalisch inkorrekten Sprache offensichtlich, der jedoch eine Bedeutung für die Auswertung beigemessen wird (vgl. ebd.). Im Transkript waren Pausen oder Rednerwechsel mit Zeitangaben markiert, um den Redefluss nachvollziehen zu können.

Die weiteren Schritte zur Auswertung der Daten orientierten sich an der Strategie der rekonstruktiven Sozialforschung nach BOHNSACK (2010), die der qualitativ-interpretativen Sozialforschung zugeordnet wird (vgl. Meuser/Nagel 2010: 468). Hierbei wird im Gegensatz zur qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (2003) dem induktiven Zugang des Forschungsdesigns Rechnung getragen und neben Informationen des expliziten Wissens der Experten auch Ebenen der impliziten Wissensbestände durch die Datenanalyse erkennbar (vgl. Meuser/Nagel 2010: 468).

Die Auswertung geschieht nach folgenden Schritten:

Bei der Interpretation, die BOHNSACK als formulierend bezeichnet, werden die Aufzeichnungen zunächst in Ober- und Unterthemen gegliedert und einzelne Themenüberschriften mit kurzen Inhaltsangaben versehen (vgl. 2003: 135). „Dabei ist textnah vorzugehen [...]“ (Meuser/Nagel 2010: 466). Es werden nach thematischer Relevanz Themen herausgesucht, die für die Ausgangsfragestellung wichtig sind. Die Forscherinnen erarbeiteten diese Ergebnisse getrennt und bestimmten abschließend gemeinsam die Kategorien. Nicht alle Interviews enthielten alle Kategorien, was mit der Unterschiedlichkeit der Funktionsbereiche der Befragten zusammenhing.

Im Schritt des thematischen Vergleichs wurden gleiche Themenbereiche aus allen Interviews, einer Kodierung gleich, gebündelt (vgl. Nagel 1986, zitiert nach ebd.: 467). Dabei wurden einzelne Kategorieneinteilungen nochmals diskutiert, geändert oder inhaltlich vergleichbare Kategorien fusioniert. Abschließend wurden 14 Kategorien herausgearbeitet. Die zugehörigen paraphrasierten Interviewinhalte wurden tabellarisch dargestellt, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen (siehe Anhang I: Nr.4). Dabei kam es nochmals zur gemeinsamen Reflexion der Einteilung von Seiten der Forscherinnen. Durch diese „komparative Analyse“ mit Passagen aus allen Interviews, die in diesem Prozess aufgezeichnet wurden, fielen Passagen mit besonderer interaktiver und metaphorischer Dichte auf (vgl. Bohnsack 2010: 135). Durch die Menge der Daten erfolgte der thematische Vergleich neben der tabellarischen Darstellung noch in deskriptiver Formulierung. Die ausgewählten thematisch relevanten Aussagen wurden im nächsten Schritt einer detaillierten, formulierenden Interpretation unterzogen (vgl. Bohnsack 2010: 135).

In der Phase der soziologischen Konzeptualisierung erfolgt zum ersten Mal eine Ablösung vom Text und der Terminologie der Interviewten (vgl. Meuser/Nagel 2010: 467). Dabei wird ein gemeinsam geltender Begriff für einen vorgefundenen Wirklichkeitsausschnitt rekonstruiert, wonach eine Anschlussfähigkeit an theoretische Diskussionen gegeben ist. Die Verall-

gemeinerung bleibt jedoch noch auf das empirische Material begrenzt (vgl. Meuser/Nagel 2010: 467).

In der letzten Stufe geschieht die Darstellung der Ergebnisse aus einer theoretisch informierten Perspektive (vgl. ebd.). Die bis dahin entdeckten Sinnzusammenhänge werden zu einer weitreichenderen These verknüpft (vgl. Bogner et al. 2014: 79). Die identifizierten Thesen werden im analytischen Teil der vorliegenden Arbeit mit Hilfe der in Kapitel 4 beschriebenen Theorie wissenschaftlich unterlegt.

9. Interviews

Im Folgenden werden die durchgeführten Interviews chronologisch dargestellt. Den Informationen über Ort und Zeitpunkt der Interviews folgen detaillierte Ausführungen zur Person der Interviewten und ihres Tätigkeitsbereiches. Ebenfalls beinhalten sie alle erbrachten Leistungen, die die Befragte oder die Institution, die sie vertritt im Rahmen der Forschungsfrage, erbringt. Diese Daten entsprechen den Ergebnissen aus den ersten beiden Fragen des Interviewleitfadens (siehe 8.5.1., 8.5.2.). Die daraus resultierenden Kategorien „Tätigkeitsbereich“ und „Maßnahmen bei Schwangerschaft, Geburt und Schwangerschaftskonflikt“ wurden extrahiert und ihre Aussagen in die untenstehenden Ausführungen eingegliedert. Die Positionierung der Beschreibungen der Interviewpartner vor den komparativen Ausführungen verdeutlicht nochmals die Auswahl der Befragten als Expertinnen und das spezifische Leistungsangebot bezüglich des Themas der Arbeit im Gegensatz zu den allgemeinen Informationen in Kapitel 7. Beim ersten Interview fehlen die logistischen Umstände des Zusammentreffens, da diese schon zum Thema Pretest erläutert wurden (siehe Kapitel 8.5.3.). Weiterführende Kontakte, die sich aus den einzelnen Interviews ergaben, werden in die Darstellungen einbezogen. Die thematischen Vergleiche der Daten folgen im Anschluss an das letzte Interview in Kapitel 10.

01 Frau B., freiberufliche Hebamme

Frau B. ist freiberufliche Hebamme und hat eine Weiterbildung zur Familienhebamme absolviert, in deren Tätigkeitsbereich sie jedoch nicht arbeitet. Die Hebamme war ein Jahr lang mit der Organisation „Ärzte ohne Grenzen“ in einer Geburtsklinik im Südsudan tätig.

Im Rahmen ihrer Freiberuflichkeit gehören die Schwangerschaftsvorsorgen und die Nachbetreuung im Wochenbett bei den Flüchtlingsfrauen zu ihren Aufgaben. Dazu vermittelt sie ihnen weiterführende Informationen. Durch das Mitwirken bei einem Modellversuch des DRK konnte Frau B.

den Forscherinnen Kontaktdaten von einer Mitarbeiterin geben, die mehrere Einrichtungen betreut.

02 Frau E., zweite Vorsitzende des Landesverbandes der Hebammen NRW e. V.

Frau E. ist von Beruf Hebamme, war lange in der außerklinischen Geburtshilfe tätig und Kreisvorsitzende der Hebammen in Köln. Momentan agiert sie als zweite Vorsitzende des Landesverbandes der Hebammen NRW e. V..

Das Treffen fand in der Geschäftsstelle in Köln statt. Im Rahmen ihrer Arbeit fungierte sie als Koordinatorin für ein Projekt zur Versorgung schwangerer Flüchtlingsfrauen in Köln-Chorweiler. Die Aufgabe als Verbandsvertreterin liegt in der Stärkung und Information der dem Verband zugehörigen Hebammen.

03 Frau Dr. E., Ärztin und Fachbereichsleitung „Frühe Hilfen“

Frau Dr. E. ist im Gesundheitsamt Köln Fachbereichsleitung der Abteilung „Frühe Hilfen“. Sie kommt ursprünglich aus dem Arbeitsbereich der Kinderheilkunde. Der Fachbereich „Frühe Hilfen“ ist für die Betreuung von Schwangeren und Familien mit Kindern bis drei Jahre zuständig. Frau Dr. E. ist verantwortlich für die Organisation des Fachbereiches und arbeitet zusätzlich im Rahmen unterschiedlicher Aktionen im Feld mit. Als Vertreterin des Gesundheitsamtes sind sie und ihre Mitarbeiter, die unterschiedlichen Professionen angehören, für die Kontrolle der gesundheitlichen Versorgung und den gesundheitlichen Zustand der Flüchtlingsfrauen in allen Unterkünften auf kommunaler Ebene zuständig. Das Team besteht aus Ärzten, Krankenschwestern, Familienhebammen, Sozialarbeitern, Psychologen und Infektionsmediziner. Auch die Beratung im Schwangerschaftskonfliktfall, mit den damit unterschiedlichen Konsequenzen, wird in der Institution angeboten.

Das Gespräch fand aus persönlichen Gründen von Frau Dr. E. in ihrer Privatwohnung statt. Sie gab den Forscherinnen den Hinweis auf Frau Dr. A., als Gynäkologin und ehrenamtlich arbeitende Ärztin in der Unterkunft Porz

und bot weiterführende Hilfe beim Kontaktieren des DRK im Bedarfsfall an.

04 Frau Bo., Sachgebietsleiterin im Amt für Wohnungswesen

Frau Bo. ist Sachgebietsleiterin des Amtes für Wohnungswesen der Stadt Köln. Das Amt ist zuständig für die Unterbringung aller Flüchtlinge in Köln, die sich nicht selbst versorgen können. Dabei muss der Betrieb, die Ausstattung, die Versorgung und die Betreuung der Unterkünfte sichergestellt werden. Dies funktioniert über Verträge mit freien Trägern und Hoteliers. Sozialarbeiter der Stadt betreuen die Beherbergungsbetriebe, wie zum Beispiel Hotels, alleinverantwortlich und die Wohnheime in Kooperation mit den Sozialarbeitern der freien Träger.

Bei schwangeren Flüchtlingsfrauen bedarf es einer Koordination der Belegungssteuerung, um eine geeignete Unterbringungsform und im Anschluss die funktionelle Ausstattung für das Neugeborene zu organisieren. Weiterführend wird Informationsmaterial über das Angebot des Gesundheitsamtes an die Frauen ausgeteilt.

Das Interview entstand am selben Tag wie das vorherige. Durch einen Terminierungsfehler von Seiten Frau Bo. mussten die Studentinnen Wartezeit in Kauf nehmen, bis das Interview in ihrem Büro stattfinden konnte. Es wurde durch mehrmaliges Klingeln des Telefons unterbrochen. Frau Bo. hatte im Vorfeld für einen Kontakt zum Gesundheitsamt gesorgt, lehnte jedoch einen weiterführenden Kontakt der Forscherinnen zu ihren Mitarbeitern ab (siehe Kapitel 8.6.).

05 Frau N., Bereichsleitung der geburtshilflichen Abteilung des St. Elisabeth Krankenhauses

Frau N. fungiert als Bereichsleitung für die geburtshilfliche Abteilung des St. Elisabeth Krankenhauses in Köln-Lindenthal, welche den Kreißsaal und die Wochenstation umfasst. Der Kontakt kam über eine der Forscherinnen zustande, die selber in dieser Abteilung tätig ist. Der Tätigkeitsbereich bezüglich der schwangeren Flüchtlingsfrauen erstreckt sich von der

Geburtsanmeldung in der Hebammensprechstunde, über die Betreuung unter der Geburt bis zur Versorgung der jungen Familie im Wochenbett. Das Gespräch fand im Büro von Frau N. statt. Im Vorfeld war das Einverständnis der Geschäftsführung des Krankenhauses von den Forscherinnen eingeholt worden.

06 Frau Dr. A., Gynäkologin

Frau Dr. A. ist Gynäkologin und hat eine Praxis in Köln-Lindenthal in der sie den schwangeren Flüchtlingsfrauen Vor- und Nachsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft anbietet. Sie stellt Atteste aus, um den Unterkunftswechsel der Schwangeren zu forcieren. Darüber hinaus arbeitet sie ehrenamtlich als Ärztin in der Unterkunft im Baumarkt in Porz.

Das Interview fand in den Praxisräumen statt. Frau Dr. A. bot an, beim nächsten E-Mailkontakt mit einem Verantwortlichen des DRK das Forschungsvorhaben zu erwähnen, um einen Kontakt für die Forscherinnen herzustellen.

07 Frau K., Politologin und Rechtsberaterin beim Flüchtlingsrat Köln e. V.

Frau K. hat Politologie studiert und ist beim Flüchtlingsrat Köln e. V. angestellt. Sie arbeitet als Assistentin der Geschäftsführung, in dessen Bereich sie für Strategieplanung und Konzeptentwicklung zuständig ist. Über den Geschäftsführer kam der Kontakt zu Frau K. zustande. Neben der Tätigkeit im organisatorischen Bereich der Flüchtlingsarbeit, bietet sie Schwangeren Rechtsberatungen zu den Themen Aufenthaltsstatus, Unterbringung und Schwangerschaftskonflikt in zwei Flüchtlingsunterkünften an.

Das Interview fand aus logistischen Gründen im Foyer der Technischen Hochschule Köln statt, da Frau K. nicht über feste Räumlichkeiten im Stadtgebiet verfügte und die Forscherinnen gastronomische Örtlichkeiten nach der Erfahrung des Pretests nicht für geeignet hielten.

08 Frau Ka., Heimleitung des Deutschen Roten Kreuzes

Frau Ka. arbeitet seit zwei Jahren in der Flüchtlingseinrichtung des Deutschen Roten Kreuzes in der Herkulesstraße in Köln. Sie hat Sozialpädagogik und Migrationspolitik studiert und hat eine Ausbildung als Hebamme absolviert, die aber nicht mehr anerkannt ist. Gebürtig stammt sie aus der ehemaligen Sowjetunion und fungiert als Koordinatorin des medizinischen Bereichs in der Unterkunft in der Herkulesstraße, was Einfluss auf die medizinische Versorgung in den anderen Unterkünften des DRK hat. Die Mitarbeiterin des DRK organisiert die Begleitung, die psychologische Beratung und Sprechstunden für die Flüchtlingsfrauen. Dabei ermittelt sie auch den Bedarf an Hebammenbetreuung.

Das Interview wurde in einem Raum in der größten Flüchtlingsunterkunft in Köln in der Herkulesstraße geführt. Frau Ka. schloss den Raum von innen ab, um ein ungestörtes Gespräch zu ermöglichen.

09 Frau D., Flüchtlingsberatungsstelle der Diakonie in Köln

Frau D. ist Sozialpädagogin und Leitung des Fachbereichs Migration. Der Zuständigkeitsbereich von Frau D. bei der Diakonie in Köln ist die Rechtsberatung für Menschen, die noch keinen Aufenthaltsstatus haben. Im Rahmen dieser Arbeit klärt sie über das Asyl- und Ausländerrecht und alle damit verbundenen Konsequenzen und Möglichkeiten auf. Für schwangere Frauen versucht die Fachbereichsleitung einen Aufenthaltsstatus zu erreichen, um sie in das Gesundheitssystem einzubinden und klärt sie über finanzielle Hilfen auf. Sie initiiert die Vermittlung und Weiterleitung an die entsprechenden Stellen und gehört zu einem Team von Mitarbeiterinnen, die für die Integrationsberatung und für die Rückkehrberatung zuständig sind. Das Interview fand in der Beratungsstelle der Diakonie statt.

10 Frau Z., Familienhebamme und leitende Hebamme

Frau Z. betreute als Familienhebamme bei Kindernöte e.V. bis 2015 die schwangeren und entbundenen Flüchtlingsfrauen in den Notunterkünften und festen Wohnheimen bis zur Verlegung. Ihr Einsatzgebiet war das Hauptwohnheim in Seeberg und die Turnhalle in der Karl-Marx-Allee. Sie ist zurzeit leitende Hebamme im Heilig-Geist-Krankenhaus in Köln.

Sie begleitete die Frauen zu Arztbesuchen, Vorsorgeterminen und ins Krankenhaus und koordinierte die Weiterleitung an andere freiberufliche Kolleginnen. Zusammen mit den Frauen besuchte sie Müttercafés und im Schwangerschaftskonfliktfall die Beratungsstelle Pro familia. Als Familienhebamme engagierte sie sich für die Verlegung der Schwangeren aus den Notunterkünften.

Das Interview wurde in der Bibliothek des Heilig-Geist-Krankenhauses geführt.

11 Frau St. und Frau Ko., Pro familia Beratungsstelle Köln-Chorweiler

Frau St. und Frau Ko. gehören zu einem interprofessionellen Team aus Sozialarbeitern, Psychologen und Ärzten und bieten Sozialberatung und Informationsgespräche zum Thema Verhütung, Schwangerschaft und nach der Entbindung an. Im Schwangerschaftskonfliktfall, der häufig auf der Flucht schwanger gewordene Frauen betrifft, stellen sie die Beratungsbescheinigungen für den Schwangerschaftsabbruch aus. Nachbetreuungsgespräche nach Abbruch und Entbindung werden durchgeführt. Das Team begleitet psychologisch bei Konflikten rund um diese Themenbereiche.

Frau Ko. arbeitet auch bei der Pro familia in Bonn. Ort des Interviews war die Pro familia Beratungsstelle in Chorweiler. In den weiteren Ausführungen wird zur besseren Lesbarkeit nur Frau Ko. benannt, obwohl auch Frau St. rege am Gespräch beteiligt war.

Das Interview fand in den Räumlichkeiten der Beratungsstelle in Köln-Chorweiler statt.

12 Frau Dr. D., Gynäkologin

Frau Dr. D. ist in Syrien aufgewachsen. Sie arbeitet als niedergelassene Frauenärztin in der Praxis Ziegler-Löhr in Köln. Sie informiert die schwangeren Flüchtlingsfrauen über den Ablauf der Schwangerenvorsorge, führt diese durch und gibt Informationen zur Anmeldung im Krankenhaus. Die Frauen können sich sowohl bei Schwangerschaftsbeschwerden wie zur Nachuntersuchung nach der Geburt bei ihr vorstellen. Gegebenenfalls überweist sie an Ärzte anderer Fachdisziplinen und die Krankenhäuser und stellt Atteste zur Verlegung der Schwangeren aus den Notunterkünften aus. Ihr eigener arabischer Migrationshintergrund befähigt sie, mit den Frauen in dieser Sprache zu kommunizieren.

Das Interview fand im Aufenthaltsraum der Praxis statt.

13 Frau Kr., leitende Hebamme des Kreißsaals des Universitätsklinikums Köln

Frau Kr. arbeitet als Kreissaalleitung und als Hebamme in der Geburtshilfe. Der Tätigkeitsbereich umfasst die Diagnostik und Behandlung in der Schwangerschaft, die Geburt und die Zeit im Wochenbett. Informationen für das weitere Vorgehen und die Bedeutung von weiterführenden Untersuchungen gehören zu ihren Aufgaben.

Das Interview wurde in einem Raum in der geburtshilflichen Abteilung des Universitätsklinikums geführt. Der in die Flüchtlingsarbeit involvierte Oberarzt Dr. F. konnte trotz mehrerer Anfragen aus zeitlichen Gründen am Interview nicht teilnehmen.

14 Frau Ki., Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle Donum vitae Köln

Frau Ki. ist Sozialpädagogin und leitet die Geschäftsstelle in Köln. Sie arbeitet in der Schwangerschaftskonfliktberatung und berät bei allen Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach.

Die Flüchtlingsfrauen erhalten Informationen über Rechte und Ansprüche auf gesetzliche Leistungen. Sie ist behilflich bei der Erstellung der Anträge für das Amt für Soziales und Senioren und andere finanzielle Hilfen, wie der Mutter-Kind-Stiftung und kümmert sich um eine Unterbringung. Schwangeren Frauen hilft sie bei Nichtvorhandensein eines Aufenthalts-

status, diesen zu erlangen und organisiert Hilfen, wenn sich die Frau im Schwangerschaftskonfliktfall für das Kind entscheidet.

Zu ihren Aufgaben gehören die Begleitung der ganzen Familie und die Integration in bestehende Netzwerke.

Das Interview wurde in den Räumen der Beratungsstelle von Donum vitae Köln nach einer terminlichen Wartezeit von drei Monaten geführt.

10. Darstellung der Ergebnisse

Durch die große Datenmenge entschieden sich die Forscherinnen dafür, den thematischen Vergleich (Kapitel 8.8.) im ersten Schritt in Form einer Tabelle darzustellen (Anhang I: Nr. 4). Dabei wurde die Chronologie aufgehoben und eine Sortierung nach den beschriebenen Strukturebenen (siehe Kapitel 8.7.) vorgezogen. Die Ergebnisse wurden nachstehend den einzelnen Kategorien entsprechend als deskriptiver Text verfasst, um dem Leser eine bessere Vergleichbarkeit ermöglichen zu können. Hier wurde besonderer Wert darauf gelegt, die Doppelung von Daten in mehreren Kategorien zu vermeiden.

Wo eine strikte Trennung von Daten durch die engen Sinnzusammenhänge eine Verständnisproblematik erzeugt hätte, wurden einige Kategorien zusammengefasst. Dies betraf die, in der Tabelle noch separat aufgeführte Kategorie „positive Aspekte“. Soweit Daten dazu vorlagen, wurden sie den passenden thematischen Kategorien zugeordnet. Die Inhalte der Kategorie „Konzepte/Projekte/Initiativen“ wurden nach dem Status einer erfolgreichen oder nicht erfolgreichen Realisation aufgeteilt und den Bereichen „Zusammenarbeit“ und „Kritik/Konflikt“ untergeordnet.

Die Einteilung erfolgte in folgende Kategorien: Vorgaben zur Ausübung der Tätigkeit, besondere Qualifikation, Erstkontakt, Akteure und die Zusammenarbeit, kulturelle Eigenarten⁵, Abrechnungsmodalitäten, Kommunikation, Kritik und Konflikte, Verbesserungsvorschläge. Diese Kategorienauswahl ließ eine enge Verbindung zu den Fragestellungen des teilstrukturierten Interviewleitfadens erkennen.

⁵ Unter kulturellen Eigenarten sind hier die Gesamtheit der Werte, Einstellungen, Glaubensüberzeugungen, Orientierungen und Lebensbedingungen, die die Menschen in ihren Herkunftsgesellschaften geprägt haben, gemeint.

10.1. Kategorie: Vorgaben zur Ausübung der Tätigkeit

Zur Abgrenzung von der normalen Tätigkeit der Interviewpartner fand sich am häufigsten die Aussage, keine Vorgaben zum Arbeitsbereich zu haben. Die Gynäkologinnen Frau Dr. A. und Frau Dr. D. gaben beide an, nach den Mutterschaftsrichtlinien zu arbeiten, wobei Frau Dr. A. den Flüchtlingsfrauen dieselben Leistungen zuschrieb, wie allen anderen. Hierbei machte Frau Dr. D. den Einwand, dass Flüchtlinge keinen Anspruch auf Ersttrimesterscreenings⁶ und eine Organdiagnostik haben. Diese Vorgabe basiert auf dem Asylbewerberleistungsgesetz, welches auch die Fachabteilungsleiterin Frau Dr. E. als Vorgabe angab. Auf die gesetzlichen Vorgaben des Dublin-Abkommens und der EU Richtlinie zur Identifizierung besonders Schutzbedürftiger auf europäischer Ebene berief sich Frau D. für ihr Tätigkeitsfeld.

Alle Schwangerschaftsberatungsstellen sahen die geltenden Gesetzgebungen zur Beratungstätigkeit als eine Basis ihrer Arbeit an. Dabei fügte Frau Ki. noch die Vorgaben für die Genehmigung von Geldern aus der Mutter-Kind-Stiftung hinzu.

Auf kommunaler Ebene waren sich Frau Bo. und Frau K. einig über die Vorgaben des Bauamtes, was Erstere noch mit den Auflagen durch das Gesundheitsamt und die Feuerwehr ergänzte. Beide erwähnten, dass es keine Vorgaben zu Mindeststandards zur Betreuung der Flüchtlinge und zur Versorgung gab. Frau Ka. erhielt von kommunaler Ebene eine Vorgabe zur Einrichtung einer Frauenetage innerhalb der Unterkunft.

Die freiberufliche Hebamme Frau B. berichtete von Versuchen von Seiten des Gesundheitsamtes, ihr Auflagen über die Weitergabe von Patientinformationen und den Umfang von weiterzugebenen Informationen an die Flüchtlingsfrauen zu machen. Dies lehnte sie jedoch ab.

⁶ Das Ersttrimesterscreening ist eine Screening Untersuchung im Rahmen der Pränataldiagnostik im ersten Drittel der Schwangerschaft zum Auffinden von Fehlbildungen beim ungeborenen Kind (vgl. TK 2016: Ersttrimesterscreening unter <https://www.tk.de/tk/vor-der-geburt/vorsorgeuntersuchung/erst-trimester-screening/486674>) [Zugriff 10.06.2016].

10.2. Kategorie: Besondere Qualifikation zur Ausübung der Tätigkeit

Bei einigen der befragten Akteure wurde schon durch ihre berufliche Ausbildung die Basis für die Arbeit mit Frauen mit Migrationshintergrund gelegt, oder wie im Fall von Frau Dr. D. und Frau Ka. durch ihren eigenen Migrationshintergrund.

Beide praktizierenden Hebammen, Frau B. und Frau Z., verfügten über die Weiterbildung zur Familienhebamme, zu deren Inhalten die Migrationsarbeit, die Arbeit mit traumatisierten Frauen und die rechtlichen Grundlagen gehören. Sie sahen allein die Ausübung des Berufes als Qualifikation zur Arbeit mit schwangeren Flüchtlingsfrauen an. Darüber hinaus nannte Frau Z. noch Fortbildungen zu einzelnen ethnischen Gruppen, wie Türken, Arabern und Sinti und Roma, die vom Krankenhaus organisiert waren. Die leitenden Hebammen erklärten, ihre Mitarbeiter über Fortbildungen zu dem Thema Flüchtlingsarbeit zu informieren, die Teilnahme jedoch sei freiwillig.

Die Mitarbeiter der Pro familia und der Diakonie-Geschäftsstelle bildeten sich in Arbeitskreisen zu den Themen Bindung, Migration und Trauma und in Diversity-Trainings weiter. Die Vertreterin des Gesundheitsamtes sah eine multiprofessionelle Mischung der Mitarbeiter als Qualifikation für einen fachlichen Fokus auf die Flüchtlinge. Die anderen Akteure gaben an, keine gesonderte Qualifikation für die Arbeit mit schwangeren Flüchtlingsfrauen erworben zu haben.

10.3. Kategorie: Abrechnungsmodalitäten

Um einen Zugang zu den Gesundheitsleistungen zu erhalten, benötigen die Frauen einen Leistungsberechtigungsschein, den sie beim Amt für Soziales und Senioren erhalten. Dafür mussten sie, je nachdem, wo sie im Stadtgebiet untergebracht waren, durch die ganze Stadt bis nach Kalk fahren. Überweisungen konnte nur der Arzt ausstellen, der den ersten Berechtigungsschein erhalten hatte. Für die Termine bei anderen Ärzten, wurde der Originalschein immer noch als Kopie mitgenommen. Die Frauen waren mit diesen bürokratischen Dingen überfordert. Für die Landeseinrichtungen galten andere Abrechnungsverfahren.

Neben mehreren Aussagen, keine Abrechnungsprobleme der durchgeführten Leistungen zu haben, gaben einige Akteure auch kritische Kommentare zum Verfahren. Diese betrafen unter anderem die Abrechnungsprobleme der freiberuflichen Hebammen, die auf Unsicherheiten im Prozess der Abrechnung basierten. Auch ein Unwissen über den Leistungsumfang schien hierbei zu Problemen zu führen. Frau Ka. beschrieb ein Verfahren, in dem bei fehlenden Leistungsübernahmescheinen von den Hebammen Rechnungen an das Amt für Soziales und Senioren gesendet wurden, deren Begleichung zum Teil sehr lange dauerte. Frau E. wies darauf hin, dass die notwendigen Informationen dazu auf der Internetseite des Landesverbandes zu finden seien.

Häufig wurde auf den Behandlungsscheinen nicht vermerkt, ob eine Notfall oder eine Regeluntersuchung durchgeführt werden sollte, was jedoch für die praktizierende Ärztin wichtig war. Die Kontaktaufnahme zum Amt für Soziales und Senioren gestaltete sich zur Lösung der Frage sehr schwierig. Viele Ärzte kannten laut Frau Z. die Abrechnungsmodalitäten nicht. Einige Ärzte machten Untersuchungen bei Auffälligkeiten, obwohl sie diese gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht abrechnen konnten.

Ein Arztwechsel in der Schwangerschaft wurde durch die Bindung an Leistungspakete als abrechnungstechnisch ungünstig beschrieben. Die leitenden Hebammen verfügten nur über das Wissen, dass die Frauen einen Schein vom Amt für Soziales und Senioren erhielten, konnten aber keine Bewertung des Vorgangs abgeben. Die Vertreterinnen der Schwangerschaftsberatungsstellen waren nicht in der Lage, Angaben zu den Abrechnungsmodalitäten zu machen, da dies nicht ihre Leistungen beträfe. Bei Pro familia kommt es zu Abrechnungsfragen bei der Vorfinanzierung von Dolmetschern, deren Kosten vom Land NRW zurückerstattet werden. Bei den Akteuren, die nicht direkt mit dem Land NRW in dieser Frage kooperieren, werden die Kosten über andere Quellen getragen. Einig waren sich alle Akteure, dass die Einführung der Gesundheitskarte, auch wenn dies nach Auffassung von Frau Bo. bei der Größe der Stadt schwierig sei und laut Frau Dr. E. mit einer sicheren Ortszuweisung verbunden sein muss, die Arbeitsabläufe für alle Beteiligten erleichtern würde.

10.4. Kategorie: Erstkontakt

Der erste Kontakt zwischen den Akteuren und den schwangeren Flüchtlingsfrauen entwickelt sich in den häufigsten Fällen durch die Initiative der Sozialarbeiter, die in den Notunterkünften arbeiten. Ehrenamtliche Mitarbeiter, die zum Teil auch Dolmetscherfunktionen übernehmen, bilden in den Aussagen der Interviewten die zweitgrößte Gruppe. Die Krankenhäuser und dabei speziell der Sozialdienst kümmern sich nach der Geburt um die Weitervermittlung der Frauen.

Besonders die Schwangerschaftsberatungsstellen und die Familienhebammen erhalten ihre Kenntnis von den Frauen über die unterschiedlichen Abteilungen des Gesundheitsamtes. Diese wiederum führen vor den Impfungen bei Mädchen ab 12 Jahren Schwangerschaftstests durch und identifizieren damit Schwangere. Das Amt für Wohnungswesen erhält durch die Vorlage der Atteste der Schwangeren den Erstkontakt. Eine selbständige Kontaktaufnahme ist abhängig von den sprachlichen Fähigkeiten der Frauen und geschieht mit Hilfe von Verwandten und Freunden.

10.5. Kategorie: Zusammenarbeit der Akteure

Über den persönlichen Kontakt mit der Schwangeren hinaus gaben die Befragten an, durch das Thema mit vielen weiteren Personen in Kontakt zu stehen. Da diese Kategorie sehr mannigfaltige Ergebnisse lieferte, die zum Kernstück der Arbeit gehören, werden sie pro Akteur einzeln dargestellt, um mögliche Unterschiede der Aussagen klar erkennbar zu machen.

Gesundheitsamt

Neben dem internen Austausch über Mitarbeiter des Angebotes „Jusch“ (jung und schwanger), dem Clearing Team und den Mitarbeitern der Schwangerensprechstunde des Gesundheitsamtes durch ein wöchentliches „jour fix“ gab Frau Dr. E. weiterhin an, mit Familienhebammen und freiberuflichen Hebammen in Kontakt zu stehen. Mit dem Amt für Wohnungswesen und den Trägern der Unterkünfte werden regelmäßige Rundgänge und Impfsprechstunden in den Unterkünften geplant. Dabei sind Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, die Sozialarbeiter vor Ort, ehrenamtlich arbeitende Ärzte und Kinderärzte und ein Infektionshygieniker betei-

ligt. Unterstützt wird die Aktion von Ehrenamtlern, wie Medizinstudenten, den sogenannten Health Buddies, Vertretern der Medizinischen Flüchtlingshilfe Köln und schon länger im Land lebenden Flüchtlingen. Zur Unterstützung der Arbeit wurden in den großen Unterkünften Krankenschwestern angestellt.

Das Gesundheitsamt dient laut Frau Dr. E., als Ansprechpartner für die Krankenhäuser zum Entlassungsmanagement und steht im engen Kontakt. In diesem Zusammenhang gab es eine Vereinbarung mit einer Klinik, im Falle eines Windpockenausbruchs über die Weihnachtsfeiertage eine Station für die Aufnahme schwangerer Flüchtlingsfrauen bereit zu stellen. In Zusammenarbeit mit dem Jugendamt wurden 200 Schlafsäcke für Neugeborene angeschafft, die in der Unterkunft „Herkulesstraße“ gelagert und vom DRK ausgegeben werden.

In der Unterkunft Herkulesstraße ist eine regelmäßige kinderärztliche und internistische Sprechstunde eingerichtet worden, die von ehrenamtlichen Ärzten durchgeführt wird, die die Frauen dann gegebenenfalls an andere Ärzte weiterleiten. Bei der Weiterleitung werden die Frauen von ehrenamtlich Tätigen unterstützt und begleitet.

Als positiv erachtete Frau Dr. E. das Prozedere des Amtes für Soziales und Senioren, Leistungsberechtigungsscheine, die für die Behandlung von Neugeborenen notwendig sind, auch auszustellen, obwohl die eigentlich dafür benötigte Geburtsurkunde noch nicht vorhanden war. Mit dem Amt für Wohnungswesen hat das Gesundheitsamt die gemeinsame Vereinbarung, Hochschwangere und Neugeborene schnell aus den Notunterkünften in andere Unterkünfte zu verlegen. Einige Frauenärztinnen bieten großzügig ihre Hilfe an, bei Problemen mit schwangeren Flüchtlingsfrauen tätig zu werden.

Zusammen mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung, dem DRK, der Abteilung „Frühe Hilfen“, den Schwangerschaftsberatungsstellen, Internisten, Gynäkologen und Kinderärzten gibt es einen „Runden Tisch“ für Frauen.

Das Gesundheitsamt hat darüber hinaus Kontakt zum Landesgesundheitsministerium NRW und zum Jobcenter. Es hat ein Konzept zur Untersuchung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge erarbeitet und beteiligt

sich am Projekt der Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder“. Darüber hinaus ist es beteiligt an der Erarbeitung von Mindeststandards für Flüchtlingsunterkünfte. Obwohl nach der Aussage der Fachbereichsleiterin kein konkretes Konzept besteht, findet von ihrer Seite ein extrem guter Austausch auf der kommunalen Ebene statt. Hier herrscht eine große Hilfsbereitschaft in der Bevölkerung, wofür die Bildung einer Kleiderkammer am Drehkreuz Flughafen nur ein Beispiel ist.

Amt für Wohnungswesen

Die gute Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt unterstreicht auch Frau Bo.. Sie und ihre Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen stehen in Kontakt zu den Leitungen der Unterkünfte, die von den Trägerschaften des DRK, des IB, SKM, dem Caritasverband, der Diakonie oder privaten Hoteliers betrieben werden. Die Wohlfahrtsverbände, das Gesundheitsamt und das Amt für Wohnungswesen sind zudem an Facharbeitskreisen unterschiedliche Themen betreffend bis auf Stadtteilebene beteiligt. Bei dem „Runden Tisch“ für Flüchtlingsfragen sind neben dem Amt für Wohnungswesen, die freien Träger, dem Gesundheitsamt, auch Vertreter des Flüchtlingsrates, politische Parteien, Kämmerei, Feuerwehr, Bauaufsicht und Stadtplanungsamt anwesend. In diesem Gremium sollen die neuen Mindeststandards erstellt werden.

Ebenfalls arbeitet das Amt mit den Hausmeistern, dem Küchenpersonal und Reinigungskräften der Unterkünfte und den angestellten Krankenschwestern in den größeren Wohneinheiten zusammen.

Das Amt sendet die Schwangere nach Erhalt eines Attests durch den Frauenarzt weiter an das Gesundheitsamt, zur Erstellung eines Gutachtens. Im Schwangerschaftskonfliktfall vermitteln die Sozialarbeiter die Frauen an die Schwangerschaftsberatungsstellen. Zusätzlich nutzen die Mitarbeiter das Angebot der ehrenamtlich arbeitenden Health Buddies und Studenten mit Sprachkenntnissen. Diese Studenten begleiten chronisch kranke Flüchtlinge im medizinischen Bereich.

Landesverband der Hebammen NRW e.V.

Durch ein Projekt zur Erstellung eines Notfallpakets zur Erstversorgung für Wöchnerinnen kam die zweite Vorsitzende in Kontakt mit den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes, dem DRK, dem Caritasverband, den Johannitern, dem Deutschen Flüchtlingsrat und ehrenamtlich organisierten Flüchtlingsorganisationen. In diesem Kontext empfand Frau E. die Zusammenarbeit speziell mit dem Gesundheitsamt als sehr eng und unbürokratisch.

Im Rahmen ihrer Tätigkeit steht sie in Verbindung mit dem Deutschen Hebammenverband und den Mitgliedern, wovon sich einige Hebammen im Stadtgebiet zusammengeschlossen haben, in Eigeninitiative den Unterkünften ihre Hilfe anzubieten. Um im Rahmen der Problematik betreuende Hebammen zu finden, steht sie in Kontakt zu ehrenamtlichen und angestellten Mitarbeitern der Unterkünfte, mit Vereinen auf Stadtteilebene und praktizierenden Ärzten. Zu Treffen der „Runden Tische“ sind Vertreter des Verbandes nicht eingeladen worden. Konzepte zur Versorgung der schwangeren Flüchtlingsfrauen sind nicht bekannt, Initiativen beziehen sich auf „Vor Ort Lösungen“.

Deutsches Rotes Kreuz

Frau Ka. steht im Rahmen der Tätigkeit als Sozialarbeiterin in Verbindung zu Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen und nicht zuletzt zu den Ärzten, die die, auf dem Areal stattfindenden Sprechstunden zusammen mit Krankenschwestern durchführen. Dies bedingt die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt. Sie hat ein eigenes auf unterschiedliche Kulturen angepasstes Konzept erarbeitet. Dazu gehörten, nicht zuletzt durch die Einrichtung einer Frauenetage bedingt, die Bildung eines Hebammennetzwerks und die Errichtung einer eigenen Kleiderkammer. Mit den Hebammen werden regelmäßige Hausbegehungen durchgeführt zur Kontrolle des Gesundheitsstatus von Mutter und Kind. Zu dem Konzept wird noch ein Leitfaden erstellt, um eine Übertragbarkeit auf andere Unterkünfte zu ermöglichen.

Auf kommunaler Ebene sind sie und ihre Mitarbeiter im Austausch mit dem Amt für Soziales und Senioren, für die Genehmigung von Geldern zur Erstausrüstung, den Sachbearbeitern des Amtes für Wohnungswesen

und den Sozialarbeitern der Stadt Köln. Die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und Schwangerschaftsberatungsstellen Esperanza und Caritas werden situativ genutzt. Für die aufsuchende Tätigkeit greifen die Mitarbeiter des DRK auf die Health Buddies und andere Ehrenamtliche zurück.

Universitätsklinik Köln

Die geburtshilfliche Abteilung steht laut der Angaben von Frau Kr. nur telefonisch mit dem Gesundheitsamt in Kontakt. Diese wollten mit der Abteilung über die Feiertage eine Übernahme der Frauen für Kontrolluntersuchungen absprechen. Informationen zum Thema der Versorgung schwangerer Flüchtlingsfrauen oder ein Angebot zur Teilnahme an einem „Runden Tisch“ auf kommunaler Ebene hat es nicht gegeben. Durch die Arbeit mit den Flüchtlingsfrauen kommen Kontakte zu den Johannitern als Träger der Unterkünfte und zu den niedergelassenen Ärzten zustande. Der Krankenhaussozialdienst organisiert mit den Trägern die weitere Versorgung der Frauen und sucht Hebammen für die Nachsorge. Ein bestehendes Konzept war Frau Kr. nicht bekannt.

St. Elisabeth Krankenhaus

Frau N. kommentierte, in keinem Austausch mit anderen Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens zu stehen. Nur auf Eigeninitiative sei der Kontakt zur Stadt Köln aufgenommen worden, um das Entlassmanagement einer Flüchtlingsfrau zu klären. Ihr waren kein Konzept zur Versorgung und keine Anfrage zur Teilnahme am „Runden Tisch“ der Stadt Köln bekannt. Dies wurde durch Nachfrage beim ärztlichen Leiter der Abteilung verifiziert.

Frau Z., Familienhebamme, Heilig-Geist Krankenhaus

Als Familienhebamme arbeitete sie eng mit den Abteilungen des Gesundheitsamtes zusammen, wie der Clearingstelle und den Mitarbeitern der „Frühen Hilfen“. Sie knüpfte Kontakte auf Stadtteilebene durch stattfindende Netzwerktreffen, bei denen lokale Kinderärzte, Gynäkologen, Kindergärten, Familienzentren, Frühförderzentren, Hebammen und Familienheb-

ammen beteiligt sind. Dazu gehören das Familienforum Agnesviertel und das Frühe Netzwerktreffen Chorweiler. Durch diesen Austausch kam es zur Bildung von Mutter-Kind-Gruppen und zum Müttercafé für Flüchtlingsfrauen. Neben Ansprechpartnern in den Krankenhäusern, der Kinderklinik, Kinderärzten, dem Jugendamt, den Heimleitungen der unterschiedlichen Träger, DRK und SKF, kontaktierte sie zusätzlich bei Fragen Mitarbeiter der Regierungsbezirksverwaltung in Arnsberg. Die Unterkunftsleitung in Worringen empfand sie als sehr kompetent und bewertete die Tatsache, dass ihr das DRK die Auslagen für Versorgungsmaterial zurückerstattete und die vielen materiellen Spenden als sehr positiv. Im Krankenhauskonsens stand sie als Familienhebamme mit dem geburtshilflichen Team in Verbindung.

Im Heilig-Geist Krankenhaus fungiert die Mitarbeiterin des Sozialen Dienstes des Krankenhauses als Kontaktperson zu den Heimleitungen, denen sie weiterführende Informationen zur Versorgung der Frauen nach der Geburt bei der Entlassung zukommen lässt. Das Krankenhaus hat keinen Kontakt zu den kommunalen Institutionen.

Frau B., freiberufliche Hebamme

Frau B. steht im Kontakt zur DRK Geschäftsstelle und den Heimleitern in den Unterkünften. Dazu gehören auch private Leitungen in Hotels. Mit diesen stimmt sie die Termine ihrer Besuche ab. Das DRK hat dazu genaue Empfehlungen für die zeitlichen und örtlichen Voraussetzungen. Desweiteren ist sie im Austausch mit Vertretern der Kirchengemeinde und Ehrenamtlern, die sich um schwangere Flüchtlingsfrauen kümmern. Mit den Geburtskliniken macht sie Anmeldetermine für die Frauen aus. Sie gab an, dass sie nur durch Eigeninitiative Informationen vom Gesundheitsamt bekommen würde. Gemeinsame Treffen werden nicht durchgeführt. Den Mitarbeitern des DRK schreibt sie großes Engagement zu.

Frau Dr. A., Gynäkologin

Frau Dr. A. nimmt an Treffen teil, die durch die Kassenärztliche Vereinigung initiiert sind und an denen Vertreter des Gesundheitsamtes, des DRK, Internisten, Hausärzte, Gynäkologen und Kinderärzte zusammentreffen. Das Amt für Soziales und Senioren kontaktiert sie aufgrund von Abrechnungsfragen. Durch die Arbeit mit den Flüchtlingsfrauen kommt es zum Austausch mit den Sozialarbeitern in den Unterkünften. Ein fertiges Konzept gibt es ihrer Meinung nach nicht, jedoch Initiativen, wie die Impfsprechstunde und die hausärztlichen Untersuchungen.

Frau Dr. D., Gynäkologin

Die Frauenarztpraxis, in der Frau Dr. D. arbeitet, steht durch die Flüchtlingsfrauen in Kontakt zu den Heimleitern des DRK und Pro familia. An Letztere verweist sie im Schwangerschaftskonfliktfall. Abrechnungstechnisch pflegen die Mitarbeiter Kontakt zum Amt für Soziales und Senioren. Sie erhielt von der Kassenärztlichen Vereinigung keine Einladung zu einem Treffen zum Thema und fand sowohl beim Gesundheitsamt, wie beim DRK keinen Ansprechpartner für ihr Sprechstundenangebot. Die Teilnahme an einem Qualitätszirkel mit anderen niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen ist ohne kommunale Beteiligung. Die Praxis ist nicht zu einem „Runden Tisch“ eingeladen worden. Frau Dr. D. war kein Konzept zur Versorgung der Schwangeren bekannt.

Flüchtlingsrat Köln

Frau K. nimmt teil am „Runden Tisch“ für Flüchtlingsfragen, an dem die Leiterin der Ausländerbehörde, die Leiterin des Jugendamtes, die Leiterin des Amtes für Wohnungswesen, Vertreter der Parteien, Vertreter der Wohlfahrtsverbände anwesend sind. In diesem Konsens kam es zur Planung neuer Wohngruppen für traumatisierte Flüchtlingsfrauen durch den SKM und der Schaffung von mehr Unterkünften für alleinreisende Frauen. Ebenfalls wurde eine Telefonhotline für Frauen mit Gewalterfahrung eingerichtet. Krankenhäuser sind bei den Treffen nicht vertreten. Die Mitarbeiter des Flüchtlingsrates haben Kontakt zu Mitarbeitern der Diakonie, des Caritasverbandes und den entsprechenden Heimleitern der Unterkünfte.

Im Schwangerschaftskonfliktfall organisieren sie Termine mit den Beratungsstellen. Direkten Austausch zu Gynäkologen und Krankenhäusern pflegt Frau K. nicht.

Beratungsstelle Pro familia

Die Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle sind am Arbeitskreis Schwangere zusammen mit den anderen Beratungsstellen und dem Gesundheitsamt beteiligt und nehmen am Arbeitskreis der Frauenärzte und am Arbeitskreis der Psychologen teil. Zudem gibt es noch Austausch bei den eigenen Treffen innerhalb der Beratungsstellen und den interdisziplinären Treffen auf Stadtteilebene, dem Sozialen Netzwerk Chorweiler. Die Mitarbeiterinnen von Pro familia stehen in Kontakt zu Hebammen, niedergelassenen Ärzten, den Ärzten aus der Sprechstunde in der Unterkunft Herkulesstraße, Krankenhäusern und der Mutter-Kind-Stiftung.

Neben Verbindungen zu den Trägern der Unterkünfte, DRK und Johanniter und den angegliederten Hilfsstellen, wie der Kleiderkammer findet Austausch über die Landesstellen der Beratungsstelle und insbesondere mit Pro familia in Bonn statt, die das in Kapitel 6.2 beschriebene Modellkonzept entworfen haben. Auf kommunaler Ebene herrscht nach Meinung der Befragten ein „Konzept by Doing“.

Diakonie

Die Beratungsstelle der Diakonie ist an Treffen des Arbeitskreises „Frühe Hilfen“, an den „Runden Tischen“ zum Thema Gesundheit und Flüchtlinge und an Treffen der Schwangerschaftsberatungsstellen beteiligt. Beim „Runden Tisch“ für Flüchtlingsfragen werden neue Standards zur Unterbringung erarbeitet, um die EU-Richtlinie zur Identifizierung Schutzbedürftiger umsetzen zu können.

Darüber hinaus stehen die Mitarbeiter in Kontakt zu unterschiedlichen Abteilungen des Gesundheitsamtes, wie den „Frühen Hilfen“ und der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen. Aus der Arbeit ergeben sich Verbindungen zu niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Sie stehen im Austausch mit den Trägern der Unterkünfte Caritas und SKM sowie dem Ausländeramt, der Mutter-Kind-Stiftung und den anderen

Flüchtlingsberatungsstellen, zu denen der Flüchtlingsrat, Robben e.V. und Agisra gehören. Im Schwangerschaftskonflikt vermitteln die Mitarbeiter die Frauen zum Gesundheitsamt oder zur Beratungsstelle Donum vitae. Frau D. bewertete die Vernetzung mit den anderen agierenden Professionen im Stadtgebiet und dem Gesundheitsamt im Besonderen als sehr gut. Durch den erhöhten Arbeitsaufwand sind bei der Diakonie neue Stellen geschaffen worden.

Donum vitae

Die Mitarbeiter der Beratungsstelle nehmen am Arbeitskreis der Beratungsstellen teil und an Treffen der Stadtteilnetzwerke, bei deren Treffen die aktive Beteiligung jedoch als schwierig empfunden wird. Für die Durchführung ihrer Arbeit sind sie im Austausch mit ehrenamtlichen Gruppen, dem DRK, dem SKF und der Diakonie. Zu den kommunalen Kontakten gehören das Gesundheitsamt, das Ausländeramt, das Jobcenter und das Amt für Soziales und Senioren, mit dem die Gewährung von Leistungen im Falle eines Schwangerschaftsabbruches abgesprochen wird. Donum vitae ist laut der Aussage von Frau Ki. nicht gefragt worden, an einem „Runden Tisch“ teilzunehmen und sie empfindet es problematisch sich auf kommunaler Ebene zu beteiligen, da sie nicht kontaktiert worden ist.

10.6. Kategorie: Übersetzungsproblematik

Für die Übersetzung stehen den Akteuren und Institutionen technische Hilfsmittel wie Apps, Google Translater und Sprachcomputer zur Verfügung. Die Hebammen und die niedergelassene Gynäkologin Frau Dr. A. machten als Einzelakteure davon Gebrauch und die Mitarbeiterinnen des Amtes für Wohnungswesen und des DRK als Institutionen.

Frau Dr. D. kann durch ihr muttersprachliches Arabisch in direkten Kontakt zu den Flüchtlingsfrauen aus dem arabischen Raum treten. Zu ihren Sprechstunden kommen selten Frauen mit Dolmetschern. Sie hat keinen Zugriff auf ehrenamtliche Dolmetscher, wenn diese erforderlich sind. Flüchtlingsfrauen aus dem Westbalkangebiet sind übersetzungstechnisch ein Problem für sie. Die Mitarbeiterinnen von Pro familia schicken arabisch

sprechende Flüchtlingsfrauen zu einem Arzt, dessen Sprechstundenhilfen Arabischkenntnisse haben.

Die Akteure Frau K. vom Flüchtlingsrat, Frau Dr. A., Familienhebamme Frau Z., Frau Ki. von Donum vitae und Frau D. von der Diakonie haben Sprachkenntnisse aus dem Europäischen Raum (Englisch, Französisch, Portugiesisch), die sie bei Bedarf einsetzen. Sozialarbeiter, die die Muttersprache der Flüchtlingsfrauen sprechen, erlangen die Anerkennung, das Vertrauen und umfangreichere Informationen von den Frauen, als die Dolmetscher, war sich Frau B. sicher.

Die Krankenhäuser, Beratungsstellen und Ämter haben Listen von Mitarbeitern und ihren Sprachkenntnissen. Es übersetzen Mitarbeiter aus allen Fachbereichen, wie z. B. Damen aus der Reinigung, Hausmeister und aus dem Patientenservice.

Bei den Mitarbeitern der Ämter, die direkt in den Unterkünften arbeiten, übersetzen die dort tätigen Sozialarbeiter, wenn sie die entsprechenden Sprachkenntnisse haben oder andere Mitarbeiter, wie der Wachdienst. Das Gesundheitsamt berichtete, dass auch integrierte, ehemalige Flüchtlinge übersetzen.

Grundsätzlich beklagten alle Interviewpartner eine zu geringe Anzahl und eine zu schlechte Verfügbarkeit von Dolmetschern. Daraus resultieren aufgrund der mangelhaften Sprachkenntnisse zahlreiche Probleme. Eine gute Beratung scheitert an der Übersetzungsproblematik. Professionelle Dolmetscher können von den Beratungsstellen über einen Dolmetscher-Pool NRW angefordert werden. Die Mitarbeiterinnen der Diakonie bestellen ehrenamtliche Dolmetscher bei besonderer Notwendigkeit, da sie keine eigenen Dolmetscher zur Verfügung haben.

Für die Familienhebamme Frau Z. war offensichtlich, dass eine Integration in deutsche Gruppen wegen mangelnder Sprachkenntnisse schwierig ist. Wird kein Dolmetscher von den Frauen mitgebracht, ist es Aufgabe der Akteure, die Organisation dafür zu übernehmen.

Die Übersetzer, die von den Flüchtlingsfrauen organisiert werden, sind häufig Freunde, Verwandte oder Bekannte. Die Übersetzungen gestalten sich sehr problematisch, da in einigen Sprachen bestimmte Vokabeln zur

Beschreibung eines Sachverhaltes nicht existieren. Dadurch werden die Beratungsinhalte verfälscht oder nicht weitergegeben.

Ein weiteres Problem stellen Übersetzungen durch Kinder oder den Ehemann dar. Die Kinder müssen teilweise bei den gynäkologischen Untersuchungen zur Übersetzung anwesend sein. Das bedeutet eine Störung der Intimsphäre der zu untersuchenden Frau. Den Kindern sind nicht alle Fachvokabeln bekannt und die Inhalte des Gespräches können zu intim sein. Der Ehemann übersetzt nicht alle Gesprächsinhalte, sondern nur die Inhalte, die er für relevant hält. Eine Verfälschung der Aussagen kann dadurch nicht ausgeschlossen werden. Durch seine Anwesenheit sind die Möglichkeiten der Fragestellung für die Frau eingeschränkt.

Durch die Übersetzung der Familienangehörigen der Frau, werden Informationen in die Familie weitergetragen, die eigentlich geheim bleiben sollen.

Grundsätzlich dauern Arztbesuche, bei denen übersetzt werden muss, wesentlich länger. Übersetzungen über mehrere Sprachen, an denen mehr als zwei Übersetzer beteiligt sind, dauern sehr lange und verschlechtern die Qualität des Inhalts deutlich.

Die Qualität der Laienübersetzungen ist grundsätzlich fraglich. Das wirkt sich signifikant auf den Arbeitsstandard der Beratungsstellen aus.

Die Beratungsstellen und Ämter haben Hilfsmittel entwickelt, die Übersetzungen mit Dolmetschern nicht erforderlich machen. Dazu gehört Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen, Bildmaterial ohne Sprache und die Möglichkeit des Abspulens kleiner Vorträge in der jeweiligen Landessprache (Pro familia).

Die Pro familia Mitarbeiterinnen geben den Frauen einen Zettel mit, auf dem in neun Sprachen die Aufforderung, beim nächsten Besuch einen Dolmetscher mitzubringen, steht. Sie haben für die Präventionsarbeit Verhütungsbroschüren in mehreren Sprachen entwickelt.

Es wurden Informationsposter mit Piktogrammen und Bildern zum Thema Kindersicherheit entworfen und Aushängeplakate zum Thema „Häusliche Gewalt“.

Der „Gesundheitswegweiser“ in Köln informiert in mehreren Fremdsprachen über die Standorte der Ärzte der verschiedenen Fachbereiche. Die

Mitarbeiterinnen der Diakonie haben eine Mappe mit Flyern über die Beratungsangebote zusammengestellt. Ein Flyer trägt den Titel „Wo gehst du jetzt hin? Zur Schwangerenberatung“. Frau Ki. verteilt Zettel mit Anweisungen für die Frauen, welche Stellen aufzusuchen sind. Die Hebamme vom Universitätsklinikum war der Meinung, dass Zettel den Frauen nicht weiterhelfen, weil viele Flüchtlingsfrauen Analphabetinnen sind. Dort, wo keine Sprache mehr eingesetzt werden kann, wird mit „Händen oder Füßen“ und Körpersprache gesprochen oder der Sachverhalt wird demonstriert.

Geburtsvorbereitungskurse können wegen Sprachproblemen nicht angeboten werden, berichtete Frau Dr. D.. Frau N. war der Meinung, dass Frauen unter der Geburt wegen Sprachproblemen der Situation ausgeliefert sind, während ihre Kollegin Frau Kr. angab, dass bei einer normalen Geburt kein Übersetzer notwendig ist. Eine spezielle Übersetzung ist bei den Untersuchungen beim Frauenarzt nicht nötig, wenn die Frau keine Beschwerden hat, stellte Frau Ka. heraus.

Im St. Elisabeth Krankenhaus sind ehrenamtliche Dolmetscher aus rechtlichen Gründen abgelehnt worden. Alternativen werden von Seiten der Krankenhausverwaltung oder auf städtischer Ebene nicht geboten.

10.7. Kategorie: Kulturelle Eigenarten

Die medizinische Versorgung ist in vielen Ländern anders strukturiert als in Deutschland. Alle Akteure berichteten, dass das deutsche Gesundheitssystem den meisten Flüchtlingen unbekannt ist und daraus Probleme resultieren. In der arabischen Welt ist eine Gesundheitsaufklärung unbekannt und viele Flüchtlinge haben kein Wissen über ihren Körper.

Den Flüchtlingsfrauen ist unklar, warum Arztbesuche bei gesunden Menschen sinnvoll sind und sie können es sich nicht vorstellen, dass die Behandlungen kostenlos sind. Sie haben ein mangelndes Wissen über Impfungen und erscheinen unter anderem deshalb nicht in der Impfsprechstunde, beklagte Frau Dr. E.. Erstuntersuchungen sind wegen der Ablehnung der Entkleidung nicht durchzuführen. Von vielen Leistungen müssen die Frauen zuerst überzeugt werden und nehmen dann gerne weitere Angebote in Anspruch. Konzepte müssen kulturell angepasst sein.

Frau E. vom Landesverband der Hebammen, die Gynäkologin Frau Dr. A. und die Mitarbeiterinnen der Pro familia gaben an, dass die Hebammenbetreuung in vielen Ländern unbekannt ist. Die Vorsorge und Rückbildungsgymnastikkurse haben keine Relevanz für die Frauen, denn die Prioritäten, besonders in den Notunterkünften, liegen anders. Dieser Sachverhalt führt bei Hebammen zu wenig Verständnis. Frau E. merkte an, dass es in den Familien aus dem Westbalkangebiet üblich sei, dass das Familienoberhaupt das Gespräch für die Frau führt. Frau Ka. berichtete, dass die Frauen aus dem Westbalkan sozialisiert sind und mit Problemen anders umgegangen wird.

Die gesetzlichen Vorgaben, wie die Mutterschaftsrichtlinien zur Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen passen nicht zum kulturellen Hintergrund und der Lebenssituation der Frauen und engen ein. Für Frau Ka. und Frau Bo. ist eine Anpassung von beiden Seiten zu einer Überwindung von kulturellen Differenzen notwendig.

Für Frau K. vom Flüchtlingsrat sind die kulturellen Unterschiede irrelevant. Sie bemüht sich um eine gute Aufklärung und das Wissen über andere Kulturen hilft ihr bei ihrer täglichen Arbeit. Für Frau Bo. fungieren nationale Mitarbeiter als Kulturvermittler.

Eine wichtige Voraussetzung für die Arbeit mit den Flüchtlingsfrauen ist die Empathie. Dadurch werden Fehler verziehen und die Flüchtlinge haben das Gefühl, dass die Mitarbeiter auf ihrer Seite sind.

Die Pro familia Mitarbeiterinnen machten die Erfahrung, dass unterschiedliche Mentalitäten bei der Inanspruchnahme von Leistungen eine Rolle spielen. Sie nehmen kulturelle Eigenarten zur Kenntnis und versuchen, auf diese einzugehen. Frau Bo. versucht, durch die Anpassung des Verpflegungsangebotes die kulturellen Eigenarten zu berücksichtigen.

Frau Dr. D. ist die einzige Akteurin, die sich aufgrund ihres Migrationshintergrundes mit den kulturellen Eigenarten der Syrerinnen auskennt. Sie weiß, dass die Flüchtlingsfrauen aus Angst wegen ihrer Vorgeschichte im Heimatland schweigen.

Problematisch ist für die Beratungsstellen die Tatsache, dass die Frauen aus den verschiedenen Kulturkreisen nicht zugeben, dass sie nicht lesen können. Die Beratungsstellen berichteten, dass die Frauen mit dem Aus-

füllen von Anträgen überfordert sind. Die Hebamme Frau B. wusste, dass die Flüchtlinge misstrauisch sind, wenn sie aufgefordert werden, viele Dokumente zu unterschreiben.

Die Ärzte und das medizinische Personal vergessen häufig die kulturellen Eigenarten. Die Flüchtlingsfrauen nehmen zum Beispiel alle Kinder mit in die Arztpraxis und stören dadurch den Ablauf. Ihnen muss vermittelt werden, dass alle die gleichen Rechte und Pflichten haben. Den Frauen fehlen Informationen über Leistungen, die sie in Anspruch nehmen können.

Für die Hebammen aus den Kliniken und Frau Ki. von Donum vitae steht der Wille der Flüchtlingsfrauen im Vordergrund. Die Frauen aus anderen Kulturkreisen helfen sich gegenseitig und sie entbinden wenn möglich ohne männliches Personal. Frau Kr. versucht, wie ihre Kollegin Frau N., die kulturellen Eigenarten zu berücksichtigen und wenn die Frau von einem männlichen Arzt untersucht werden muss, erfolgt eine Aufklärung.

Bei minderjährigen Schwangeren besteht ein Konflikt zwischen kulturellen Eigenarten, den Gesetzesvorgaben und den gesellschaftlichen Werten. Der Wunsch nach einer Schwangerschaft und die Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch sind kulturbedingt. Das Angebot zum Umgang mit Tabuthemen von Seiten der Beratungsstellen ist den Flüchtlingsfrauen zu offensiv, da sie sehr in ihren Kulturen eingebunden sind.

Männer sind oft aggressiv gegenüber Frauen und ziehen sich zurück. In Abwesenheit der Männer sind die Frauen offener.

10.8. Kategorie: Kommunikation

Alle Experten gaben bei den geführten Interviews an, dass Informationsmaterial für ihre Arbeit fehlt. Informationsmaterial dient als eine Ergänzung zum persönlichen Gespräch. Letzteres ist besonders für Analphabetinnen effektiver und hat für die Experten in allen Situationen der Beratung Priorität. Ist das Informationsmaterial geeignet, wird es weitergegeben.

Frau Ka. berichtete, dass die Flüchtlinge mit gedrucktem Informationsmaterial überfordert sind, wie auch Frau D. bestätigte. Flüchtlinge, die sich etabliert haben, nutzen diese Form der Informationsvermittlung. Die Beratung der Diakonie beinhaltet immer eine Kombination aus Gespräch und Informationsbroschüren, damit sie individuell auf die einzelnen Frauen ab-

gestimmt wird. Frau D. hat kein Beratungsmaterial zum Thema „Schwangerschaft“, weil sie in diesem Fall zu einer Schwangerenberatungsstelle weiterleitet. Ihr ist nicht bekannt, ob die Mitarbeiter in den Einrichtungen Informationsmaterial über ihre Einrichtung verteilen. Das Ausländeramt hat mündlich und ohne Flyer Frauen an die Diakonie weitergeleitet.

Informationen über das Gesundheitssystem sind für die Flüchtlinge wichtig. Das besondere Problem liegt in der Vielfalt der Sprachen, berichtete Frau Dr. A.. Sie weiß nicht, in welchen Sprachen sie die Informationsbroschüren bereithalten soll. Informationsmaterial ist in Vorbereitung und teilweise vergriffen, weil es so gefragt ist und die Auflage zu gering. Sie gibt den Frauen einen Laufzettel mit Infos für die Heimleitung mit. Die Informationen sollen vor Ort in den Flüchtlingsheimen erfolgen, da grundsätzliche Informationen über das Gesundheitssystem alle medizinischen Bereiche betreffen. Frau K. war nicht bekannt, ob die Heimleiterinnen Informationsmaterial für die Frauen bereithalten.

Die Akteure untereinander nutzen verschiedene Kommunikationsformen zur Informationsübermittlung. Frau Ki. spricht die Beratungstermine für die Flüchtlingsfrauen direkt mit den anderen Akteuren ab. Für Frau E. ist der Flüchtlingsrat die zuverlässigste Quelle für Informationen zum Thema Flüchtlinge. Der Landesverband hat für alle Hebammen die schon beschriebene Internetseite ([www. Hebammenhilfefuer-fluechtlinge.de](http://www.Hebammenhilfefuer-fluechtlinge.de)) entwickelt (siehe Kapitel 6.6.). Der Hebammenbundesverband hat ein Handbuch zum Umgang mit Flüchtlingen veröffentlicht. Frau E. stellte heraus, dass es bei den Helfenden Informationslücken gibt.

Das Gesundheitsamt hat ein Informationsblatt über die notwendige Erstausstattung entwickelt und an die Mitarbeiter der Unterkünfte verteilt.

Im Amt für Wohnungswesen werden Informationen in Dienstbesprechungen weitergegeben.

Die Flüchtlingsfrauen selbst geben durch Mund-zu-Mund Propaganda Informationen an andere Frauen weiter.

10.9. Kategorie: Kritik/Konflikte und nicht bewährte Konzepte oder Projekte

Alle befragten Akteure berichteten über Konflikte und übten Kritik am bestehenden Versorgungssystem für die Flüchtlingsfrauen.

Die Unterbringungsmöglichkeiten für die Frauen sind nicht funktionell und schlecht ausgestattet und sind besonders für die Schwangeren problematisch. Die Turnhallen sind mit einfachen Feldbetten ausgestattet, welche ungeeignet sind für die Schwangeren. Die sanitären Anlagen bieten keinen Schutz der Intimsphäre. Säuglinge müssen in zugigen Duschräumen gebadet werden, stellte Frau Ka. vom DRK heraus. Medizinische Untersuchungen können für die Schwangeren in den Turnhallen nicht durchgeführt werden, da es keine Rückzugsmöglichkeiten und die entsprechende Ausstattung gibt.

Frau Bo. bemängelte die Möglichkeiten, die Flüchtlingsfrauen unterzubringen. Im Amt herrscht ein Mangel an Unterbringungsplätzen und Personal und es gibt keine Ressourcen. Dadurch ist die Dringlichkeit zur Verlegung der Frauen aus den Hallen schwierig umzusetzen. Durch den Ressourcenmangel kommt es zu einer Verschlechterung der Versorgung. Frau Bo. hat aufgrund der unsicheren Entwicklung in Bezug auf die Zuwanderung Planungsprobleme.

Frau Ka. kritisierte die Mitarbeiter des Amtes für Wohnungswesen und die Mitarbeiter der Unterkünfte, weil sie in einigen Fällen die Schwangerschaft der Frauen ignorieren und sie trotzdem in Unterkünfte in andere Städte verlegen. Bei einer Einweisung in das St. Elisabeth Krankenhaus war es wegen der schlechten Wohnraumsituation der Flüchtlingsfrauen in den Unterkünften zu verlängerten Liegezeiten gekommen. Dies war organisatorisch problematisch, da im Krankenhaus keine Vorgehensweise zur Entlassung vorgegeben ist.

Der Aufenthaltsstatus spielt bei der Unterbringung eine große Rolle und die Frauen aus den sicheren Herkunftsländern haben keine Chance auf bessere Unterkünfte, bemängelten Frau K. vom Flüchtlingsrat und Frau Z.. Frau K. forderte, dass die Behandlung aller Menschen gleich sein muss.

Alle Akteure berichteten, dass die Mitarbeiter und Institutionen mit der Situation der Versorgung der Flüchtlinge auf allen Ebenen überlastet sind. In

der Einrichtung des DRK fehlen ausreichende zeitliche Kapazitäten, die Flüchtlingsfrauen zu fragen, ob sie schwanger sind. Die Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen gaben an, dass die einzelnen Akteure durch die Überlastung keine Zeit für häufige Treffen an „Runden Tischen“ haben. Noch mehr Vernetzungstreffen sind zeitlich schwierig zu organisieren und wenn bei den Treffen keine neuen Informationen ausgetauscht werden, sind sie ineffizient.

Eine Verlegung der Wöchnerin in eine andere Unterkunftsform führt zur ungeklärten Weiterversorgung durch die städtischen Sozialarbeiter, die nicht immer vor Ort sind. Die Heimleitungen der Notunterkünfte müssen verschiedene Professionen ausfüllen. Junge, neue und gerade examinierte Kräfte sind überfordert und erhalten keine Zeit zur Einarbeitung.

Bei der Berufsgruppe der Hebammen macht sich der Hebammenmangel bei der Betreuung der Flüchtlingsfrauen bemerkbar. Frau Dr. E. kritisierte, dass es schwierig ist, für die Versorgung in den Notunterkünften Hebammen zu finden. In der Institution des DRK hat es lange gedauert, die richtigen Hebammen für die Betreuung der Schwangeren zu gewinnen. Frau Kr. vom Universitätsklinikum konnte wegen eines Mangels an Hebammen, keine Empfehlung für die Nachsorgen aussprechen. Die Familienhebamme berichtete, dass in den Unterkünften des Landes eine Betreuung durch die Familienhebammen von Seiten der Träger der Landesunterkünfte nicht angenommen wurde.

Alle Akteure übten Kritik an den bestehenden Versorgungsstrukturen. Die Strukturen werden fast monatlich verändert. Das Gesundheitsamt ist mit einem Mehraufwand an Verwaltungstätigkeit verpflichtet, das BAMF über alle auftretenden Erkrankungen zu informieren.

Frau D. störte, dass die Vorgänge im Asylverfahren durch das überlastete BAMF zu lange dauern.

Frau E. vom Landesverband der Hebammen war der Meinung, dass die Standards nicht auf die Situation der schwangeren Flüchtlingsfrauen abgestimmt sind. Den Flüchtlingsfrauen wurde keine niederschwellige Hilfe angeboten. Die Entscheidungsebenen sind unklar und in den Grenzregionen ist die Arbeit durch die Zuständigkeit von zwei Kommunen erschwert. Die Struktur läuft für sie und ihre Kollegin Frau B. von der Basis nach

oben. Frau Dr. D. sah in der Struktur das größte Problem. Es gibt keine kommunale Einheit in der Vorgehensweise bei den Hilfsleistungen und der Versorgung. Sie gab an, dass Angebote für die Flüchtlingsfrauen immer ehrenamtlich praktiziert werden müssten.

Durch die Verlegungen der Frauen in der Schwangerschaft und nach der Geburt in andere Unterkünfte, verlieren die beiden Gynäkologinnen den Kontakt zu den Frauen und doppelte Diagnosen werden nötig. Es gibt keine Rückmeldung über den Erfolg eines ausgestellten Attestes zur Verlegung aus der Flüchtlingsunterkunft. Die Familienmitglieder der Flüchtlinge leben zum Teil in verschiedenen Unterkünften innerhalb derselben Stadt. Der Unterkunftswechsel ist für Pro familia und ihre Beratungstätigkeit, die Beantragung von Leistungen und die Einschränkung der Leistungen für die geflüchteten Frauen ein Problem.

Die Leistungsansprüche aus dem Gesundheitsbereich sind eingeschränkt. Das Gesundheitssystem und das Wissen darüber werden den Flüchtlingsfrauen aufgezwungen, sagte Frau Dr. E.. Organisatorisch ist der Wechsel von einem zum anderen Frauenarzt problematisch und die Wege zu den Ärzten sind für die Flüchtlingsfrauen zu weit.

Die Frauen sollen nur in das normale System der Vorsorge, Nachsorge und Wochenbettbetreuung integriert werden, berichtete die Familienhebamme. Eine intensive Betreuung ist wegen der hohen Anzahl der Schwangeren nicht möglich. Die Kapazitäten für die Betreuung von Problemfällen wurden nicht geschaffen und die Frauen brauchen Rechtssicherheit für den Aufenthalt, denn ohne Bleibeperspektive lernen sie kein Deutsch. Die Flüchtlingsfrauen waren bei der Beantragung und Meldung bei der Ausländerbehörde auf sich gestellt.

Frau D. störte sich an der Stagnation des Stellenkontingents der Beratungsstelle. Es herrscht eine Unsicherheit, ob das Stellenangebot aufgestockt wird. Frau Ki. von Donum vitae sah ein weiteres Problem in der unterschiedlichen Finanzierung der Beratungsstellen. Die Fallzahlen müssen stimmen, sonst ist die Finanzierung nicht gesichert. Organisatorisch war für sie kritisch, dass der eine Stadtteil nicht weiß, was der andere macht. Die Akteure berichteten von Konflikten der Berufsgruppen untereinander.

Für Frau E. waren Kompetenzprobleme unter den Berufsgruppen und ein Zuständigkeitsmonopol der Hilfsorganisationen ein Störfaktor.

Viele Akteure haben einseitige Sichtweisen ohne die Schnittstellen zu erkennen. Frau E. musste sich mehrfach einbringen, damit das Angebot an Hebammenleistungen auf der Internetseite der Stadt Köln erschien.

Andere Krankenhäuser schicken Flüchtlingsfrauen vermehrt ins Universitätsklinikum, weil sie glauben, dass das Klinikum andere finanzielle Ressourcen hat, beklagte Frau Kr.. Sie sieht das Klinikum nicht als Auffangbecken für die Flüchtlingsfrauen. Und war sich einig mit ihrer Kollegin Frau N., dass die Krankenhäuser nur aus Eigeninitiative heraus an Informationen bezüglich der Versorgung und der Treffen mit anderen Akteuren kommen. Für die Pro familia Mitarbeiterinnen ist eine Vernetzung mit einigen Akteuren ebenfalls nur in Eigeninitiative möglich.

Frau B. berichtete, dass die Presse unangemeldet zur Berichterstattung in den Flüchtlingsunterkünften erschienen ist und dadurch Irritationen bei den Flüchtlingsfrauen und den Akteuren verursacht hat.

Sie sagte, dass durch die Kontrollfunktion des Gesundheitsamtes eine Zusammenarbeit mit dem Amt schwierig war und in den Unterkünften die Probleme der Flüchtlingsfrauen nicht im Fokus standen. Es fanden keine informativen Treffen mit dem Gesundheitsamt statt und keine Kooperation mit anderen Akteuren.

Frau D. sah ein Problem darin, dass die anderen Akteure die Rechtsberatung für die Flüchtlinge häufig nicht im Blick haben. Dadurch wird diesem Beratungsthema wenig Bedeutung zugemessen.

Frau Ki. gab interne ideologische Problematiken unter den Beratungsstellen an. Das verhindere den Zugang der Frauen zu den Hilfsangeboten. Sie bemängelte das Fehlen eines einheitlichen Konzeptes der „Frühen Hilfen“.

Frau K. kritisierte, dass die Stadt Köln kein Konzept zur Identifizierung Bedürftiger hat und zur Realisierung der europäischen Richtlinie zum Schutz bedürftiger Flüchtlinge.

Frau Dr. A. beklagte, dass kein Plan zur Versorgung kranker Flüchtlingsfrauen in den Sammelunterkünften und Turnhallen existierte.

Einige Initiativen und Projekte sind nach Angaben der Befragten gescheitert und grundsätzlich beschrieben die Akteure einen Mangel an Konzepten. Am Universitätsklinikum hat der leitende Oberarzt ohne Erfolg die Mitarbeiter zur ehrenamtlichen Flüchtlingsarbeit aufgerufen. Im St. Elisabeth Krankenhaus sollte eine Schwangerschaftssprechstunde für die Flüchtlingsfrauen eingerichtet werden. Dieses Vorhaben wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung abgelehnt.

Frau Dr. E. war der Meinung, dass die regulären Eingangsuntersuchungen für die Flüchtlinge überschätzt und dadurch Ressourcen verschwendet werden.

Frau Dr. A. versuchte den Flüchtlingsfrauen im Rahmen eines Gruppenangebotes im Baumarkt in Porz-Eil Informationen über das deutsche Gesundheitssystem zu geben. Dieses Projekt ist gescheitert, weil die Frauen nur über ihre persönlichen Probleme sprechen wollten. Die Mitarbeiterinnen der Pro familia wollten eine Verhütungsmittelsprechstunde in der Herkulesstraße anbieten. Teil dieser Idee war, dass eine Ärztin mit einem Verhütungsmittelkoffer in die Einrichtungen fährt. Diese Idee wurde wieder verworfen, weil die Flüchtlingsfrauen damit überfordert waren und eine Kultursensibilität dieses Projektes nicht gegeben war. Die Familienhebamme sprach von der Initiative eines Müttercafés zum Austausch für die Flüchtlingsfrauen. Das Projekt ist gescheitert, weil die Frauen sich nicht mit anderen Frauen austauschen wollten. Sie wollten ihre Kinder abgeben, damit sie in den Unterkünften mehr Ruhe haben.

Frau Ki. erinnerte daran, dass es neben den neuen Flüchtlingen viele Migranten gibt, die seit Jahren in Deutschland leben und versorgt werden.

10.10. Kategorie: Verbesserungsvorschläge

Der Landesverband der Hebammen wünschte sich eine stärkere Vernetzung mit allen Akteuren, transparente einheitliche Regelungen und einen „Runden Tisch“ auf Landesebene mit ärztlichen Vertretern, der Pflege, den Flüchtlingsorganisationen, der Stadt, dem Amt für Soziales und Senioren und dem Gesundheitsamt. In die Schulungsmaßnahmen für die Mitarbeiter, die in den Unterkünften arbeiten, soll das Wachpersonal einbezogen werden, sagte Frau E.. Sie forderte die Erarbeitung eines Leitfadens und einer Fortbildung zum Thema: „Umgang mit Frauen aus verschiedenen Ländern.“

Die Hebamme Frau B. möchte eine Ansprechpartnerin beim Sozial- oder Gesundheitsamt, einen Koordinator und einen Leitfaden für die Arbeit. Sie möchte keine Vorschriften zur Ausübung der Tätigkeit. Sie forderte eine bessere Aufklärung über juristische Hintergründe des Asylverfahrens, damit sie mit diesen Informationen die Frauen beruhigen kann. Für Frau B. ist ein „Runder Tisch“ mit allen kommunalen Akteuren und ein fachlicher Austausch mit Kolleginnen, die in der Flüchtlingshilfe tätig sind wichtig.

Frau Z. und Frau Kr. forderten deutlich mehr Übersetzer. Die Übersetzer müssen für freie Träger kostenlos sein. Frau Kr. wünschte sich 10 Hebammenstellen von der Kommune finanziert und mehr Ehrenamtler, die Flüchtlinge in allen Lebenslagen unterstützen.

Frau N. waren Konzepte und die Kontaktadressen zu Ansprechpartnern und Hilfsorganisationen wichtig und Informationen über die Möglichkeit von Leistungen des Gesundheitswesens für die Frauen.

Fr. Dr. D. war an einem „Runden Tisch“ zum Informationsaustausch über den aktuellen Stand interessiert. Für sie ist die Bereitstellung von Informationsmaterial zur Leitung der Frauen durch die Schwangerschaft und Geburt wünschenswert. Den Frauen muss nahe gebracht werden, dass das Gesundheitssystem kein Kontrollsystem ist.

Frau Dr. A. forderte, dass mehr Mitarbeiter beim Amt für Soziales und Senioren arbeiten, wodurch dieses für alle Anfragen besser erreichbar ist.

Frau Bo., die Familienhebamme, die Gynäkologinnen und Frau K. vertraten die Meinung, dass die Wohnsituation der schwangeren Flüchtlingsfrauen deutlich zu verbessern ist. Die Unterbringung in kleinere und abge-

schlossene Wohneinheiten ist wünschenswert und es bedarf mehr Wohnraum und Unterkünfte für besonders bedürftige Flüchtlinge. Frau Bo. wünschte sich mehr Zeit zum Nachdenken, Planen und Konzeptionieren und die Erstellung von Hochrechnungen des Bedarfs für die nächsten Jahre.

Frau K. sah die Lösung in einer Kombination aus Beratung und Informationsmaterial für die Frauen. Durch die Verteilung von Broschüren mit grundsätzlichen Informationen kann eine Vertiefung des Beratungsinhaltes erreicht werden. Für sie waren die schnelle Identifizierung von schwangeren Frauen und eine schnelle Lösung von Problemen während der Schwangerschaft unerlässlich. Hierzu ist eine spezielle Methodik zu entwickeln.

Die Mitarbeiterinnen von Pro familia berichteten, dass die Flüchtlingsfrauen viel Transparenz und Klarheit in der Informationsvermittlung brauchen, damit sie ein Gefühl von Sicherheit entwickeln. Dazu sind viele Erklärungen nötig und Informationsmaterial, das den Bildungsstand der Frauen berücksichtigt. Sie wünschten sich durch die Hebammen die Entwicklung einer Geburtsvorbereitung, die ohne Worte auskommen kann in Form von Demonstrationen und Piktogrammen.

Frau D. regte an, die Flüchtlingsberatung breiter anzubieten, damit die Informationen sowohl die rechtlichen als auch die sozialen Aspekte beinhalten. Sie forderte grundsätzlich mehr Stellen und mehr Informationen an der Basis.

Frau Ki. machte den Vorschlag der Erstellung einer Agenda mit den Adressen aller Ansprechpartner für unterschiedliche Belange für jeden Stadtteil. Sie schlug die Schaffung einer Stelle für die Pflege der Informationsbroschüre für die Stadtteile vor. Ein freundlicher Umgang aller Akteure untereinander war ihr wichtig.

Mehr Personal für die Betreuung in den Unterkünften ist nach Auffassung von Frau Ka. vom DRK notwendig.

Das Gesundheitsamt wünschte Fortbildungen für die Mitarbeiter der Unterkünfte und die Ausbildung von Sozialarbeitern als Multiplikatoren. In den Einrichtungen sind die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und eine Interdisziplinarität anzustreben.

11. Theoriegeleitete Ergebnisdarstellung

Aus den deskriptiv dargestellten Ergebnissen wurden gemäß der Datenauswertung nach BOHNSACK Thesen herausgearbeitet, die zur Beantwortung der Forschungsfrage führen. Die Darstellung wird durch Originalzitate aus den Interviews unterstützt und der wissenschaftlichen Theorie nach BRONFENBRENNER und Aussagen der wissenschaftlichen Arbeiten zur Netzwerktheorie zugeordnet.

Die vier Thesen lauten:

1. Die Leitungskräfte der Unterkünfte spielen eine zentrale Rolle für die Integration der schwangeren Flüchtlingsfrauen in das Gesundheitssystem.
2. Fehlende Übersetzungsmöglichkeiten und die Herkunft der schwangeren Flüchtlingsfrauen beeinflussen die Integration in das Gesundheitssystem.
3. Köln verfügt über ein Netzwerk von Akteuren, in das jedoch nicht alle integriert sind.
4. Es gibt kein einheitliches Konzept zur Integration der schwangeren Flüchtlingsfrauen in das Gesundheitssystem.

11.1. These 1: Die Leitungskräfte der Unterkünfte spielen eine zentrale Rolle für die Integration der schwangeren Flüchtlingsfrauen in das Gesundheitssystem.

Alle Interviewpartnerinnen gaben an, in ihrer Arbeit mit einer Leitungskraft der Unterkünfte in Kontakt zu kommen, wodurch diesen eine besondere Rolle in der Betreuung der schwangeren Frau beigemessen werden kann. „Als Rolle versteht man einen Satz von Verhaltensweisen und Erwartungen, die mit einer Stellung in der Gesellschaft assoziiert werden [...]“ (Bronfenbrenner 1989: 41). In den vorliegenden Ergebnissen handelte es sich in den meisten Fällen um Leitungskräfte, die dem Berufsfeld der Sozialen Arbeit zugeordnet werden konnten. Die Beschreibung, dass die Soziale Arbeit für die soziale Unterstützung von Menschen oder sozialen Räumen in problematischen und problematisierten Situationen zuständig ist (vgl. Zychlinski 2013: 221), betrifft im dargestellten Fall die Betreuung und die Integration der Flüchtlinge in unterschiedliche Lebensbereiche, wie Gesundheitsversorgung, Bildung und Teilnahme am sozialen Leben. Dabei übernehmen sie Aufgabenfelder unterschiedlicher Professionen.

Zitat Frau Dr. E.: „Weil die Sozialarbeiter, vor denen ziehe ich im Moment den Hut. Die müssen eigentlich sieben oder zehn Professionen in sich vereinen, um alles das abzudecken, was da gesehen werden muss und passieren muss“.

Die Soziale Arbeit wird bei FRIEDRICH als „Feuerwehr“ beschrieben, immer auf dem Sprung Krisen zu managen und das Schlimmste in allerletzter Minute zu verhindern. Dabei müssen mit immer weniger Stunden immer multiplere Probleme bewältigt werden (vgl. 2008: 74).

Zitat Frau Dr. A.: „[...] alle Seiten (sind) eigentlich [...] hoffnungslos überfordert [...]“.

Die Übernahme mehrerer Arbeitsfelder wurde jedoch auch negativ wahrgenommen.

Zitat Frau E.: „Aber es ist schon bei einigen erkennbar, dass sie schon den Wunsch hätten, [...] als einzig Zuständige für den Bereich da zu sein und damit auch die Rahmenbedingungen vorzugeben [...]“.

Eine Zunahme der Netzbildungen, mit gleichzeitigen Verlustängsten auf Seiten der Mitarbeiter der Sozialen Arbeit, sich als “professionelle Helfer“ überflüssig zu machen, da man nur noch damit beschäftigt ist, Beziehungen der Klientinnen zu Dritten zu managen, kann dafür ein Grund sein (vgl. Friedrich 2008: 77). Jedoch wird auch deutlich, dass gegenüber einer macht- und konflikttheoretischen Rekonstruktion zwischenprofessioneller Zusammenarbeit der Schwerpunkt auf einer Analyse der Beziehungsmuster zum Hilfsbedürftigen, gelegt werden muss (vgl. Bohler/Franzheld 2013: 372).

Die dyadische Beziehung zwischen Sozialarbeiter und der schwangeren Flüchtlingsfrau führt zur Bildung einer weiteren Verbindung zu einer Person in ihrem Lebensbereich, die Einfluss auf ihre persönliche Entwicklung ausübt (vgl. Bronfenbrenner 1989: 23).

Nach Kenntnis der Schwangerschaft war es laut der Interviewpartner häufig die Leitungskraft, die gemäß der Problematik weitere Akteure hinzuzog. Dies setzt nach MILLER die Fähigkeit voraus, die Belange und Sichtweisen zu verstehen, Schnittstellen zu finden und all dies mit Hilfe einer gelingenden Kommunikation und Aushandlungskultur zu integrieren (vgl. 2013: 290). Dabei agiert der Sozialarbeiter sowohl auf der Ebene des Mikrosystems und auf der Ebene des Mesosystems, auf der sich die anderen Akteure befinden. Seine Aufgabe auf dem Weg zur Integration der Frau besteht darin, die schwangere Flüchtlingsfrau aus dem Mikrosystem in das Mesosystem zu überführen, um die persönliche Entwicklung zu fördern (vgl. Bronfenbrenner 1989: 200).

Dies führt sogar soweit, dass Akteure, wie die Vertreterin des Flüchtlingsrates, Frau K. angab, keine eigenen Kontakte zu anderen Akteuren zu knüpfen, sondern dies Aufgabe der Heimleitungen sei. Von den Akteuren des Mesosystems, wie z.B. Frauenärzte und Krankenhäuser, wie auch dem Gesundheitsamt, welches aspektbedingt dem Exosystem zugeordnet ist, diente der Sozialarbeiter in der Unterkunft als primärer Ansprechpart-

ner für die Belange der Frauen. Dies betraf sowohl gesundheitliche Aspekte,

Zitat Frau Z.: „[...] unser(en) Krankenhaussozialdienst, der ist immer gut informiert, der ist immer in Kontakt mit den Leitungen der Wohnheime [...]“,

wie auch logistische Themen, *Zitat Frau Bo.: „[...] ja, wir statten die Unterkünfte aus“.*

Es wurde in der Auswertung der Daten mehrfach deutlich, dass die persönlichen Übergänge der Schwangeren in die nächsten Systemebenen mit der Nichtkenntnis der Schwangerschaft und dem häufigen Wechsel der Heimleitungen erschwert wurden.

Zitat Frau Ka.: „Also (Verlegungen) innerhalb Kölner Raum, natürlich aber außerhalb [...] kommt sehr, sehr selten vor. [...] Da müssen natürlich auch die Sozialarbeiter auch das (die Schwangerschaft) wissen, dass die das weitergeben“.

Zitat Frau Dr. A.: „Wenn das gerade so eingespielt ist, kommt wieder etwas, jemand Neues, ein Anderer ist weg, der sich auskennt und dann wird alles wieder durcheinander gewürfelt“.

Dies zeigt, dass die Heimleitungen nicht nur eine zentrale Funktion im Agieren mit der Frau einnehmen, sondern ihr Wissen über die Möglichkeiten zur Integration auch personenbezogen ist. Durch den, von Frau Ka. monatlich beschriebenen Struktur- und Personalwechsel innerhalb der Unterkünfte wird die Bildung von dyadischen Verbindungen zwischen der Leitungskraft und der zu betreuenden Schwangeren erschwert bis verhindert.

Den neu eingestellten jungen, unerfahrenen Sozialarbeitern als Heimleiter fehlt das Bewusstsein, wie sie sich in bestehende Netzwerke einbringen und gleichzeitig mit den Doppel- bis Dreifachrollen umgehen sollen (vgl. Miller 2013: 291). Auch sie befinden sich nach BRONFENBRENNER in einem

ökologischen Übergang, wodurch sich ihre Rolle ändert (vgl. 1989: 22). Vergleichbar mit der Situation der schwangeren Flüchtlingsfrau benötigen auch sie zur eigenen Entwicklung inhaltliche Vielfalt und die strukturelle Komplexität der Tätigkeiten anderer Personen (vgl. ebd.: 71).

Zitat Frau Bo.: „Die Einarbeitungszeit ist geschrumpft. Früher hat jemand ein Vierteljahr zugeguckt und dann hat er erst mal das erste kleine Objekt. [...] Also da ist ein Kollege, wo es ganz schnell gehen muss. Und die müssen auch erst mal Routine entwickeln“.

Um diesem Problem entgegenzuwirken, versuchten mehrere Akteure die Sozialarbeiter mit Informationsmaterial und Weiterbildungen in ihrer Rolle als Integrationshelfer für das Gesundheitssystem zu stärken.

Zitat Frau Dr. E.: „Dass wir die (Sozialarbeiter) quasi informieren was wir machen, was wir haben. Ich habe aber zum Beispiel in der Dienstbesprechung der Heimleiter vom DRK und habe unser, also uns da im Prinzip vorgestellt und mit welchen Fragen und so, dass die sich an uns wenden können. Und ich glaube, dass das der bessere Weg ist“.

Durch die zentrale Position im Prozess sollen durch diese Maßnahmen die Voraussetzungen einer Reziprozität, als wechselseitiger Austausch zwischen den Akteuren erreicht werden (vgl. Gouldner 1960, zitiert nach Diewald 1991: 117), um den weiteren Verbindungsaufbau mit der Flüchtlingsfrau zu fördern. Der Verlust einer Ankopplungsmöglichkeit für die Akteure bedingt einen Bruch in der Netzwerkarbeit. Um dies zu verhindern, sind zentrale Akteure, wie die Leitungskraft, besonders attraktiv für andere Akteure (Trappmann et al. 2011: 227).

Nach GAHLEITNER und HOMFELDT nimmt die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sehr spezifische, vor allem vermittelnde Aufgaben wahr (vgl. 2013: 500). Die Implementierung eines interprofessionellen Teams in den Unterkünften lässt die Heimleitung eine für sich klarer definierte Rolle einnehmen. Durch die Rollenaufteilungen kann es für die schwangere Flüchtlingsfrau zur Bildung von größeren zwischenmenschlichen Strukturen

kommen, denen eine Bedeutung für die Entwicklung zugeschrieben werden kann (vgl. Bronfenbrenner 1989: 21).

Zitat Frau Dr. E.: „[...] es sind jetzt auch Kinderkrankenschwestern vom DRK eingestellt, die [...] die Unterkünfte betreuen“.

Kulturelle Gemeinsamkeiten zwischen den Sozialarbeitern und den Frauen, wie Herkunft und Sprache, erleichtern die ökologischen Übergänge.

Zitat Frau B.: „[...] hatte ich eine Muttersprachlerin, die ja auch tatsächlich als eine von uns anerkannt wurde, von den Kosovo-Albanern [...] eine Sozialarbeiterin. Die bekam so etwas (einen Schwangerschaftsabbruch) eher mal mit“.

Eine Person, die in zwei Kulturen aufgewachsen ist, ist gemäß einer Hypothese der ökologischen Systemtheorie fähig, höhere Stufen kognitiver Funktion und sozialer Fertigkeiten aufzuweisen (Bronfenbrenner 1989: 203).

Zitat Frau Bo.: „[...] in Notunterkünften, wo das DRK drin ist, die haben ein sehr Multikulti-Team“.

Obwohl dieses Phänomen auch in Studien nachgewiesen werden konnte, ist der Anteil an Migrantinnen in den Institutionen des Sozial und Gesundheitswesens gering (vgl. Kaufmann 2009: 135).

11.2. These 2: Fehlende Übersetzungsmöglichkeiten und die Herkunft der schwangeren Flüchtlingsfrauen beeinflussen die Integration in das Gesundheitssystem.

Nicht zuletzt der allgemein vertretende Wunsch aller beteiligten Akteure, mehr Dolmetscher zur Verfügung haben zu wollen in der Tätigkeit mit der Schwangeren, verdeutlicht die Relevanz des gegenseitigen Verstehens für eine integrative Arbeit.

Auch die Wissenschaft und die Politik haben den Zusammenhang zwischen Bildung, sozialer Lage und der Gesundheit mittlerweile erkannt (vgl. Wolter et al. 2007: 9). Die schwangere Flüchtlingsfrau wird in Deutschland mit einem Makrosystem (vgl. Bronfenbrenner 1989: 24) konfrontiert, welches von den kulturellen und ideologischen Aspekten ihres Heimatlandes abweicht. Dies führt nach Auswertung der Daten dazu, dass Angebote, die dem Standard der gesundheitlichen Versorgung in der Schwangerschaft entsprechen, nicht angenommen wurden.

Zitat Frau Dr. E.: „Hat unsere Hebamme hat dann den Mutterpass angeschaut, der auch nur unzureichend ausgefüllt war, beziehungsweise war auch klar, dass sie zu den Vorsorgeuntersuchungen, zu denen sie hätte gehen sollen, nicht da war. [...] für die Frau das völlig unverständlich war, warum sie zum Arzt gehen soll“.

Auch Informationsangebote die Schwangerschaft betreffend, wurden von den Flüchtlingsfrauen nicht angenommen.

Zitat Frau Dr. E.: „Und auf die Frage, was wir denn tun können, hat oder was sie gerne mal machen würde, hat sie zur Hebamme dann gesagt, ich würde mich gerne wieder schminken“.

Hierbei läuft die Kontextsteuerung der Frauen entgegen den professionellen Erwartungen, weil die Ausrichtung der Unterstützung nicht bestimmt wird.

Dies zeigten auch die Ergebnisse des Berliner Forschungsprojektes zu Perinataldaten (siehe Kapitel 3.2.) (vgl. David 2014: 25-26). Migrantinnen

der ersten Generation ließen durchschnittlich weniger Vorsorgeuntersuchungen durchführen, wobei der Anteil an dokumentierten Risikoschwangerschaften geringer als bei Vergleichsgruppen aus späteren Generationen und Schwangeren ohne Migrationshintergrund war. Hingegen konnte bei den Frauen der ersten Migrationsgeneration eine erhöhte psychische Belastung festgestellt werden. Diese Belastung spiegelt sich in der Aussage von Frau Dr. D. wider, dass die Flüchtlingsfrauen Angst empfinden, weil sie das geltende Gesundheitssystem nicht kennen und weil sie aus einer Kultur der Angst kommen, in der nicht Alles jemand anderem mitgeteilt werden darf.

Abhängig von der Art und Weise, die Schwangere in andere Systemebenen integrieren zu wollen, kann diese eine unterstützende aber auch traumatisierende Wirkung haben (Hüttemann/Rüegger 2013: 297).

Zitat Frau Ka.: „Manchmal muss man die auch ein bisschen mehr zwingen, danach sind die auch zufrieden, was die kennengelernt haben“.

Der Übergang vom Mikrosystem des Primärbereiches der Frau in einen anderen Lebensbereich hängt vom Grad ihrer Integration in der bestehenden sozialen Ordnung ab (vgl. Bronfenbrenner 1989: 264-265).

Zitat Frau Ki.: „Aber wir wissen auch, wie sehr die eingebunden sind in ihre kulturelle Welt. Und sie sagen, ich muss da erst meinen Mann fragen“.

Daneben haben Leistungsbeschränkungen des Gesundheitswesens, deren Verordnungen und Gesetze dem Makrosystem angegliedert sind, Einfluss auf die Integration in das Gesundheitswesen. „Migranten haben aus systemischen und individuellen Gründen oftmals einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung als die Mehrheitsbevölkerung“ (Wolter et al. 2007:14).

Zitat Frau Ki.: „[...] dass die Frau aus Serbien 32 Jahre alt ist, schon acht Kinder hat und aussieht wie 52. Keine Zähne im Mund und solche Sachen. Das ist natürlich schwierig, der so eine Rundumversorgung zukommen zu lassen“.

Das existente System fühlt sich durch die kulturellen Eigenarten der Flüchtlingsfrauen, das ein Festhalten an geltenden Standards und den üblichen Arbeitsabläufen erschwert, irritiert und reagiert wenig flexibel.

Zitat Frau Ka.: „Und es ärgert mich[...] wenn die Ärzte uns anrufen und [...] uns Vorwürfe machen [...] und auf Grund dessen jetzt unsere Bewohner nicht in die Praxis reinzulassen [...] dass die auch die Kinder mitnehmen, weil die können auch nicht sie hier lassen, alleine“.

Die sprachliche, kulturelle und religiöse Herkunft von Patienten soll nicht als Hindernis, sondern als positiver Anknüpfungspunkt für gesundheitlichen Service und gesundheitliche Aufklärung zu verstehen sein (vgl. Wolter et al. 2007: 14). Hierbei spielen sprachliche Barrieren eine große Rolle. Nach BRONFENBRENNER hängt das Ausmaß der Entwicklung davon ab, in welchem Maß Gelegenheiten zum Eintritt in Lebensbereiche offenstehen oder verschlossen bleiben (1989: 264).

Die beschriebenen Faktoren des „Analphabetismus“, der Unsicherheit der korrekten Übersetzung durch Dritte oder die fehlende Überzeugung zur Notwendigkeit einer Übersetzung, verhindern, dass sich das Einflussverhältnis in der dyadischen Verbindung zwischen Frau und Akteur durch Entwicklung ausgleicht (vgl. Bronfenbrenner 1989: 73).

Zitat Frau Kr.: „(Für) die Frau, die zur Entbindung kommt, brauche ich eigentlich keinen Übersetzer. Das kann man sehr gut auf diesem emotional menschlichen Wege ja leisten“.

Die eigene subjektive Einschätzung der dyadischen Verbindung von Seiten der Akteurin kann dabei in Korrelation zum Empfinden der Frau stehen.

Die Kommunikation zwischen den Lebensbereichen vollzieht sich in Form von Gesprächen, Telefonaten oder schriftlichen Notizen. Kenntnisse über andere Lebensbereiche können durch Informationsmaterial und Bücher vermittelt werden (vgl. Bronfenbrenner 1989: 200). Dabei bleiben der Schwangeren ohne Sprachkenntnisse nur die Möglichkeiten des Austausches mit ihren kulturell ähnlichen Personen, die zu ihrem Mikrosystem gehören oder durch das Netzwerk der Akteure mit ihr in Kontakt kommen. Die Flüchtlingsfrauen nehmen gemäß dem „12 Punkteplan zur Integration“ (Nahles et al. 2015) eine Schlüsselstellung bei der Integration von Flüchtlingsfamilien ein, da sie Vorbild für ihre Kinder sind und ihr Verhalten sich in der nächsten Generation wiederholt. Aus diesem Grund warnen die Politikerinnen vor den Tendenzen vieler Frauen mit Migrationshintergrund, ihren Wirkungskreis auf die Familie zu begrenzen, da dies zur sozialen Isolation und kulturellen Abgrenzung führt (vgl. ebd.: 8). (AR)

11.3. These 3: Köln verfügt über ein Netzwerk von Akteuren, in das jedoch nicht alle integriert sind.

Hinsichtlich der vorliegenden Arbeit dient ein Netzwerk zur Lösung von hohen Konzentrationen von Belastungssituationen im interprofessionellen und institutionellen Rahmen (vgl. Gahleitner/Homfeldt 2013: 502), mit dem Ziel, „Menschen, die aus welchen Gründen auch immer aus ihren Netzwerken herausfallen oder herauszufallen drohen, bei der Rekonstruktion, Auf- und Ausbau von Netzwerken zu unterstützen“ (Rieger 2013: 211). Die Ergebnisse machten deutlich, dass es Akteure gibt, die durch vielschichtige Kontakte eng in Verbindung stehen und damit den Anspruch eines Netzwerkes erfüllen.

Zitat Frau Dr. E.: „Doch es findet hier in Köln auf der kommunalen Ebene, finde ich ein extrem guter Austausch statt und ich habe auch das Gefühl, dass alle wirklich richtig gut zusammenarbeiten“.

Das Gesundheitsamt übernimmt dabei die Rolle als „Pacemaker“ mit Vorbildcharakter ein, der viele Kontakte zu den Netzwerkpartnern pflegt und als Motor für Veränderung und Innovation fungiert (vgl. Christa 2008: 415). Diese Veränderungen als soziale Maßnahmen bezeichnet, können Teil des Makrosystems sein, das die spezifischen Eigenschaften der Exo-, Meso- und Mikrosysteme bestimmt, die auf ihren Ebenen das Verhalten und damit verbunden auch die Entwicklung des Einzelnen steuern (vgl. Bronfenbrenner 1989: 25). Diese Position wird auch im Aufbau von Konzepten (siehe Kapitel 11.4.) sichtbar und in den Äußerungen mehrerer Akteure benannt.

Der bei Netzwerken als Vorteil beschriebene häufige Austausch (vgl. Christa 2008: 415) wird von einigen Interviewpartnerinnen als Belastung empfunden,

Zitat Frau D.: „Also mehr Vernetzungstreffen würden wir, glaube ich, gar nicht schaffen“

und zum Teil als nicht zielführend beschrieben.

Zitat Frau Ko.: „[...] ich finde es auch immer so schwierig, so die Zeit damit zu vertun, sich ständig zu treffen und nichts passiert“.

Begründet wird dies durch die Integration in unterschiedliche Netzwerke, die ihrerseits eigene Treffen initiieren. Neben dem Netzwerkaufbau, der durch Institutionen aus dem Makro- und Exosystem indiziert ist, kommt es zu zusätzlich gebildeten Netzwerken auf Stadtteilebene. Diese sollen gegebenenfalls die Defizite durch fehlende Verbindungen der Institutionen zur Mikroebene ausgleichen (vgl. Straus 2012: 230).

Zitat Frau Z.: „Frühe Netzwerkstreffen, das war auch immer ein reger Austausch. Also ich war sowohl in den Netzwerken Nippes, als auch in Chorweiler und da gab es auch immer einen Informationsaustausch zum Thema Flüchtling“.

Diese Kooperation und Vernetzung wird nach BAUER als fachliche Strategie notwendig, um der Zersplitterung der Angebote und der Fragmentierung von Hilfeleistungen vorzubeugen (vgl. 2013: 320). Die Bildung von „Runden Tischen“ auf, lokaler, kommunaler und interinstitutioneller Ebene, wie der Runde Tisch für Flüchtlingsfragen und die Treffen der Schwangerschaftsberatungsstellen soll verhindern, dass sich die beteiligten Professionen um die Klientinnen gruppieren ohne voneinander zu wissen (vgl. Bauer 2013: 319). Bei der Aufgabe, die schwangere Flüchtlingsfrau im Übergang in neue Lebensbereiche zu unterstützen, treten in der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen aus dem Gesundheits- wie Sozialwesen Spannungsfelder auf.

Zitat Frau Dr. E.: „Und das ist glaube ich, das ist eine riesen Herausforderung, diese Interdisziplinarität zu leben und zuzulassen“.

Dies resultiert häufig neben der schon beschriebenen Unwissenheit voneinander aus Mangel an Klarheit der Rollen, Zuständigkeiten, Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Befugnissen, Kompetenzen und Grenzen (vgl. Schrödter/Ziegler 2008, zitiert nach Christa 2008: 413). Neben den fachlichen Akteuren betrifft dies auch die Ehrenamtler, die vielschichtige Unterstützungsangebote durchführen. Da viele professionelle Akteure keine direkte Begleitung der Frau durchführen können und in ihren zeitlichen und personellen Ressourcen eingeschränkt sind, bildet diese Akteursgruppe einen großen Unterstützungsbeitrag, wobei laut Frau Bo.

„haben (sie) oft auch das Gefühl, ich muss jetzt alles für die Familie regeln, wenn ich mich um die kümme und die da wieder runter zu bringen und zu sagen: `Moment, es gibt hier auch noch ganz viele Fachleute und Sie müssen nicht alles abdecken`“.

Aus diesem Grund müssen sich Netzwerke durch gleichberechtigte Kommunikation, Selbstorganisation, Enthierarchisierung und Ressourcenaustausch auszeichnen (vgl. Wilke 1995, zitiert nach Miller 2013: 290). Dies wird in der Aussage von Frau D. deutlich.

Zitat Frau D.: „Wir sind hier in Köln sehr, [...] gut vernetzt und zwar immer mit dem Wissen, jeder hat sein Spezialgebiet und das macht Sinn, mit den anderen zu sprechen, um zu gucken, wie man Hand in Hand arbeitet“.

Nach BRONFENBRENNER wird das entwicklungsfördernde Potential eines Mesosystems, auf dem sich die Akteure, die in Kontakt zur schwangeren Frau stehen, befinden, gesteigert, in dem zwischen den Lebensbereichen Verbindungen bestehen (1989: 207). Je persönlicher die Kommunikation ist, desto effektiver sind die Verbindungen (vgl. ebd.). In der Auswertung der Daten bestätigte sich diese Aussage, da die befragten Expertinnen als Informationsmedium alle die direkte Kontaktaufnahme vorzogen.

Zitat Frau Ki.: „Und da habe ich direkt angefangen zu telefonieren. Gesundheitsamt, Klärungsstelle, Familienhebamme“. Jedoch wurde nach der Datenerhebung auch deutlich, dass einige Akteure keine Kenntnis über Verbindungsmöglichkeiten hatten.

Zitat Frau N.: „Also ich würde es auch im Sinne der Frau und meiner Mitarbeiter [...] begrüßen, wenn es ein Konzept geben würde, Kontaktadressen, Möglichkeiten, auch mal eine Information, welche Hilfsangebote stehen den Menschen zur Verfügung?“.

Die im Rahmen der Ausführung der ersten These (siehe Kapitel 12.1.) schon benannte Reziprozität, als Tauschprozess unter den Akteuren, muss durch die Bildung von verbindenden Netzwerkknoten als Koordinationszentren herbeigeführt werden (vgl. Tabatt-Hirschfeldt 2011: 206).

Zitat Frau Dr. D.: „Oder man weiß ja nicht, an wen man sich wenden kann, wenn man wirklich was braucht“.

Professionsgebundene, am einzelnen Fall arbeitende Akteure und organisationsbezogene, für das Feld arbeitende Akteure, müssen strukturelle Grundlagen für die ausdifferenzierte Versorgung ermöglichen (vgl. Bauer 2011; Bröskamp-Stone/Faller 2010, zitiert nach Gahleitner/Homfeldt 2013: 495). Dies bedeutet, dass neue Tätigkeiten, wie die Arbeit mit Flüchtlingen, zu neuen Mustern sozialer Interaktion führen müssen (vgl. Bronfenbrenner 1989: 70). Durch die Vielzahl an Akteuren und der schon beschriebenen Überlastung aller Beteiligten wurde in der Auswertung ersichtlich, dass einige Akteure das Phänomen beschrieben, in keine Interaktion der Netzwerke einbezogen worden zu sein. Dies traf für alle interviewten Vertreter der Krankenhäuser zu.

Zitat Frau N.: „Auf mich ist bisweilen niemand zugekommen“. Zitat Frau Kr.: „Aber wir haben davon keine Kenntnis“.

Die vertikale Komponente des Netzwerkansatzes soll die Fokussierung auf eine Akteursebene überwinden, um mit Beteiligten unterschiedlicher Handlungsebenen zusammenzuarbeiten (Meiner/Fischer 2013: 351). Die Aussagen der Leitungskräfte der Krankenhäuser widersprechen denen der Fachbereichsleitung des Gesundheitsamtes, die die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern betonte.

Zitat Frau Dr. E.: „Die Krankenhäuser habe ich vergessen. Mit denen sind wir auch regelmäßig im Austausch“.

Auch die Vertreterin der Schwangerschaftsberatungsstelle Donum vitae empfand die Aufnahme in die Netzwerktätigkeit als schwierig.

Zitat Frau Ki.: „Es ist schwierig [...] überhaupt als Schwangerschaftsberatungsstelle mit da reinzukommen“.

Als Grundlage für die Nichtteilnahme an Netzwerken führt HOSEMANN eine fehlende Pflege derselben und einen vom Akteur vermittelten Eindruck an, nicht ansprechbar zu sein (vgl. 2013: 102). Letzteres wurde bei den Akteurinnen der Krankenhäuser durch die offensichtliche Unwissenheit mehrerer Aspekte zum Themenbereich und dem geäußerten Unwillen, diese Defizite durch Eigeninitiative auszugleichen, ersichtlich.

„Mit wachsender Größe, Komplexität und Reichweite des Netzwerks sind die Anforderungen an die Kompetenz des Netzwerkmanagements umfassender und präziser zu formulieren“ (Christa 2008: 417-418). Das Nichterfassen des Angebotes von Frau Dr. D., als Akteurin, die in der Thematik der Versorgung der Schwangeren eine Brückenfunktion übernimmt (vgl. ebd.: 415), verhindert über einen längeren Zeitraum die Möglichkeit zur effektiven Unterstützung der Flüchtlingsfrau beim Übergang in neue Lebensbereiche.

Zitat Frau Dr. D.: „Also wir haben [...] das Deutsche Rote Kreuz, Stadt Köln und überall und jedes Mal und das ist nicht weiter, die Information ist nicht weitergegangen und irgendwie hat man das Gefühl gehabt, die Information ist im Sande gelaufen. [...] obwohl wir das mehrmals telefonisch

und per E-Mail und [...] ich glaub, das ist nicht an die richtige Stelle gekommen und wir wussten nicht, wo die richtige Stelle war“.

Problematische Netzwerkstrukturen können in diesem Fall einen Drehtüreffekt bergen. Sie „integrieren“ die Frauen nicht nur in ihre alten Problemfelder, sondern verschwenden daneben auch noch Ressourcen (vgl. Straus 2012: 235).

11.4. These 4: Es fehlen einheitliche Konzepte zur Integration der schwangeren Flüchtlingsfrauen in das Gesundheitssystem.

Nach den Ausführungen von GRAF und SPRENGLER handelt es sich im Gegensatz zum allgemeinen Sprachgebrauch bei einem Konzept eher um eine vorläufige, skizzenhafte Formulierung von neuen Vorhaben (vgl. 2008: 16). Die unterschiedlichen Maßnahmen und Projekte zur Integration der schwangeren Flüchtlingsfrau in das Gesundheitssystem in Köln, die von den Interviewpartnern genannt wurden, stehen als Synonyme für diese Art Konzepte. Zur Erarbeitung eines Konzeptes gehört in erster Linie, die Bildung einer Steuerungsgruppe, die den Gesamtprozess unter Einbeziehung möglichst aller Ebenen steuert und die inhaltliche Arbeit durch Beiträge und Vorlagen vorantreibt (vgl. ebd.: 70). Die gebildeten „Runden Tische“ unter Beteiligung von Vertretern des Exo- und Makrosystems übernehmen in der vorliegenden Arbeit diese Position.

Zitat Frau Bo.: „[...] in dem Tisch sind die Leitlinien entwickelt worden. [...] Dann gibt es innerhalb der Verwaltung sogenannte Task-Forces [...] und Facharbeitskreise“.

Die erarbeiteten konzeptionellen Überlegungen müssen professionelle Ressourcen nicht nur bündeln und fachliche Aktivitäten interdisziplinär koordinieren, sondern auch an lokale Netzwerke gekoppelt sein (vgl. Schubert 2013: 280).

Einige Akteure beschreiben eine Diskrepanz den oben genannten Anforderungen gegenüber, mit dem Gefühl, dass sie, als direkt mit der zu unterstützenden Frau Arbeitenden, Planungen und Maßnahmen selber konzipieren müssen.

Zitat Frau B.: „Aber es läuft gerade andersherum. Es läuft von der Basis nach oben“.

Auch Frau Ko. bestätigt, dass es keine Konzepte von „Oben“ gibt, sondern „Konzeptfindung by doing“ betrieben wird.

Die Etablierung von Netzwerken und Konzepten entgegen des Top-Down Prinzips kann durch Motivation, Praxiserfahrung und Fachkompetenz der Akteure vor Ort vorangetrieben werden (vgl. Meiner/Fischer 2013: 365). Voraussetzung dafür ist eine Überwindung von Widerständen anderen Akteuren gegenüber mit dem Bewusstsein im Dienste eines übergeordneten Ziels zu agieren (vgl. Bronfenbrenner 1989: 111). „Durch räumliche Nähe steigen die Chancen direkter Interaktionen und intensiver [...] Kooperationsbeziehungen“ (Heidenreich 2014: 162) und das Wissen, mit welchen Personen eine Beziehung aufgenommen werden könnte (vgl. Bronfenbrenner 1989: 163).

Durch diese Problematik begründet, entstanden Konzepte sowohl auf Stadtteilebene,

Zitat Frau E.: „Also es sind ganz viele Vor-Ort-Lösungen gefunden worden, in vielen Bereichen“, wie auch auf kommunaler Ebene, Zitat Frau Dr. E.: „[...] in der Herkulesstraße [...] sind feste Arztsprechstunden eingerichtet“.

Eine fehlende Vernetzung der unterschiedlichen Ebenen führte in einigen Fällen zur Unkenntnis derselben. Die Akteure, im Mesosystem, müssen von den darüber liegenden Systemebenen als kollektiver Klient wahrgenommen und durch exogene Ressourcen unterstützt werden (vgl. Zychlinski 2013: 224). Deutlich wurde dies in der Nachfrage der Akteure nach Konzepten aus den kommunalen Institutionen der Stadt Köln.

Zitat Frau Ki.: „[...] würde ich mir wünschen, man hätte für jeden Stadtteil eine Agenda“.

Zitat Frau Dr. D.: „[...] für die Praxis wäre gut eine gute Struktur, dass wir wissen: Okay, wenn das [...] der Fall ist, an wen können wir uns melden“.

Die Realisierung von Konzepten bedingt Führungspersonen und Koordinierungskräfte, die die Vernetzung und Kooperation über drei Systemebenen abzusichern vermögen (vgl. Schubert 2013: 281). Ohne den Einbezug in die Planung der Ziele und mit welchen Mitteln diese erreicht werden sollen (vgl. Graf/Spengler 2008: 65), wird bei den an der Basis platzierten Akteuren der Eindruck vermittelt, dass die Konzepte nicht effektiv sind.

Zitat Frau Ki.: „Das gilt auch für den Bereich der Frühen Hilfen. Da wurschelt jeder vor sich hin [...], da gibt es wohl auch eine Steuerungsgruppe[...] was die so genau macht weiß ich gar nicht“.

Die Flüchtlingsfrau steuert, wie in den Ergebnissen ersichtlich, die Einbeziehung der Akteure nicht mehr selber, da dies durch andere Akteure initiiert wird (vgl. Bauer 2013: 324). Das Netzwerk läuft dadurch Gefahr, Konzepte zu erarbeiten, die zwar den Ansprüchen der Akteure entsprechen, jedoch keinen Bezug zu den Bedürfnissen der Schwangeren haben.

Zitat Frau Dr. E.: „[...] dass wir gesagt haben, okay, wir meinen wir wissen was die brauchen und das ist das, was wir gerade hier alle versuchen zu machen“.

Ein „Konzept kann [...] zu einem technologischen Instrument verkommen, welches die soziale Realität verkennt oder gar in unzulässiger Weise manipuliert [...]“ (Röhrle 1996: zitiert nach Zwicker-Pelzer 2004: 367).

Eine Hinzuziehung von schon bestehenden erprobten Konzepten, insbesondere in einer Situation, in der alle beteiligten Akteure überlastet sind,

kann hilfreich sein, eigene Konzepte auf ihre Effektivität hin zu evaluieren, bevor Ressourcen verbraucht werden.

Zitat Frau Ko.: „[...] in der Pro familia Bonn, die haben ein richtiges Konzept erarbeitet, wo die auch richtig Geld für gekriegt haben [...]“.

Hierbei gilt: „Gute Ideen und Erfahrungen soll man teilen, damit sie sich verbreiten“ (Böhmer 2007: 7). (AR)

12. Diskussion

Bei einer Großstadt mit mehr als einer Million Einwohnern und einer multi-kulturellen Gesellschaftsstruktur scheint die Frage, ob es bei der Integration von schwangeren Flüchtlingsfrauen ein Netzwerk gibt, reichlich profan. Nach Analyse der erhobenen Daten konnte Netzwerkarbeit als Kooperation der Akteure aus Sozial- und Gesundheitswesen eindeutig nachgewiesen werden. Es bestehen Netzwerke auf lokaler und kommunaler Ebene, die zum Teil miteinander verbunden sind. Diese werden nicht zuletzt durch die Bildung von „Runden Tischen“ zu den unterschiedlichsten Themen, die Flüchtlingsfrauen betreffend, gefördert.

Viele der Verbindungen basieren auf einer jahrelangen Zusammenarbeit innerhalb des Themas Migration und sozialen Konfliktfällen, die Erfahrungen und Konzepte produziert hat, mit wem es sich gut und weniger effektiv zusammenarbeiten lässt. Durch den jedoch sprunghaften Anstieg der Herausforderungen im Arbeitsbereich der Gesundheitsversorgung bei Flüchtlingen bedurfte es nun der Erarbeitung von neuen Verbindungen unter den Akteuren. Den neu in diesem Arbeitsfeld Agierenden das „Learning by Doing“ zu überlassen, welches aus fehlenden Informationsmöglichkeiten und Erfahrungen resultiert, produziert schnell ein Überforderungsgefühl bei den Akteuren und endet nicht selten in der Aufgabe ihrer Tätigkeit.

Einige der guten Ansätze der Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, die Versorgung von schwangeren Flüchtlingsfrauen zu koordinieren, scheiterten an den individuellen Bedarfen der Frauen, die im Kontrast zu den Erwartungen der hiesigen Akteure, ihre akuten Prioritäten anders gewichteten. Die Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung der kommunalen Ebene und der an der Basis arbeitenden Professionen durch die Bildung eines „Runden Tisches“ aufzulösen, kann zur Bündelung der Maßnahmen führen. Durch Fehlen eines interprofessionellen Bewusstseins kann es jedoch auch zur persistierenden Abgrenzung voneinander führen.

Der Nichteinbezug der geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser, welcher nicht nur durch die Interviewaussagen, sondern auch durch die Nichtbeteiligung an „Runden Tischen“ und der Erarbeitung des Kölner Statements für die medizinische Versorgung von Flüchtlingen (Stadt Köln 2015a) offensichtlich wurde, wirft die Frage auf, ob dieses Vorgehen eine Absicht beinhaltet, oder nur der Erschöpfung der Ressourcen geschuldet ist. Vielleicht vermag auch die Überzeugung der Leitungskräfte des Gesundheitsamtes, mit den Krankenhäusern in engem Kontakt zu stehen, nicht zu einer Notwendigkeit zur Vertiefung der Kontaktaufnahme geführt haben.

Das Krankenhaus übernimmt im Familienbildungsprozess die Kernaufgabe zur Hilfeleistung bei der Geburt. Durch die bestehenden Arbeits- und Personalstrukturen bildet es ein in sich abgeschlossenes System, welches die Kooperation mit außenstehenden Akteuren nicht für nötig erscheinen lässt. Dadurch erscheint die umfangreiche Rolle, die die geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses bei der Integration der Flüchtlingsfrau zu erfüllen hat, nicht im Bewusstsein aller Systeme zu existieren. Deutlich wird dies in der Einnahme einer passiven Position zweier Vertreterinnen der Krankenhäuser, die nicht im Voraus planend, sondern nur im Bedarfsfall aktiv wurden.

Seit Jahrzehnten kommen Flüchtlinge in unterschiedlichen Zahlen ins Land. Daraus resultierende Sprach- und Integrationsprobleme begleiten diese Entwicklung. Schon in den 90er Jahren sind hunderttausende Flüchtlinge aus den Balkangebieten, der ehemaligen Sowjetunion und aus afrikanischen Staaten nach Deutschland gekommen (vgl. Scheidler et al. 1999: o. S.). Vielschichtige wissenschaftliche Arbeiten haben die Kernproblematiken von Zugangsbarrieren von Migrantinnen, die sich mit denen in der Arbeit herausgearbeiteten größtenteils decken, identifiziert (siehe Kapitel 3.2.). Jedoch hat dies nicht dazu geführt, flächendeckende Konzepte für Integrationsmaßnahmen in allen Lebensbereichen zu erarbeiten oder schon erprobte zu evaluieren.

Stellenabbau und das Kürzen von Geldern hat zum Glück nicht verhindert, dass die Landschaft der unterstützenden Organisationen und Vereine im Kölner Stadtgebiet kleiner geworden ist. Allerdings wurden die Ressour-

cen so geschrumpft, dass ein effektives Reagieren auf die nun eingetretene Welle neuer Hilfsbedürftiger nicht zu bewältigen war. Hilfsangebote, wie im Fall der syrischen Ärztin wurden im Geflecht von fraglichen Zuständigkeiten durch die Arbeitsbelastung auf kommunaler Ebene, trotz moderner Kommunikationsmittel und einem vorherrschenden Bedarf, ignoriert.

Die bekannten Sprachbarrieren bei Migranten haben zu nicht ausreichenden politisch gesteuerten Initiativen geführt, Menschen mit Migrationshintergrund dahingehend zu fördern, Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen zu ergreifen. Der enge Zusammenhang zwischen Sprachkenntnissen und Integration wird auch weiterhin nur in wenigen Konzepten berücksichtigt. Die Geburt als natürlichen Prozess zu verstehen, bei dem ein gegenseitiges Verstehen nicht von Nöten ist, entbehrt aller wissenschaftlichen Ansätze einer traumasensiblen Behandlung und kann zur weiteren Isolation der Flüchtlingsfrauen führen.

Die Überforderung aller am Prozess zur Integration der Schwangeren in das Gesundheitssystem Beteiligten ruft viele neue Ideen und Initiativen ins Leben. Anstatt damit aber die Frau in das Regelsystem zu geleiten, wird nun durch die aufsuchende Tätigkeit der Akteure in den Unterkünften ein Weg zur Eigenständigkeit verhindert. Vielerorts wird versucht, diese Problematik durch den Einsatz von Ehrenamtlern zu lösen. Neben dem freiwilligen Hilfsangebot vieler Menschen sind Organisationen jedoch nicht nur wegen Personalmangel und fehlenden zeitlichen Kapazitäten, sondern auch aus finanziellen Gründen auf die Mitarbeit der Freiwilligen angewiesen. Mit der nichtvorhandenen Expertise in den benötigten Fachbereichen sind nicht nur die Ehrenamtler, sondern auch die Flüchtlinge überfordert.

Die Arbeit der Sozialarbeiter, die noch vor einigen Jahren als „[...] Reparaturbetrieb für gesellschaftlich produzierte Disparitäten“ (Zychlinski 2013: 224) galt und trotz akademischem Abschluss finanziell niedrig eingestuft ist, erlangt mit der Aufgabe der Versorgung der Flüchtlinge die zentrale Rolle auf dem Weg in die Integration, die aber auf politischer und organisatorischer Ebene unbeachtet bleibt. Ein Einsatz von frisch ausgebildeten Mitarbeitern der Sozialen Arbeit in Leitungsfunktionen verhindert wichtige Schritte zur Integration, welches im Fall der schwangeren Flüchtlingsfrau Konsequenzen für Mutter und Kind haben kann. Die Hinzuziehung eines

interprofessionellen Teams und eine Weiterqualifikation, im Gesundheitsbereich kann auch hier Abhilfe leisten. Die Zunahme der koordinierenden und organisierenden Tätigkeiten lässt Überlegungen zu, ob die manageriellen Aspekte neue akademische Qualifikationsvoraussetzungen für diese Tätigkeit bedingen.

Ein Gesundheitssystem, dass sich durch den nicht konformen, eigenständigen Umgang der Flüchtlingsfrauen mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett irritieren lässt, kann sich fragen, ob Art und Umfang der Standards zur Betreuung Schwangerer noch realistisch und wirksam sind, oder sich langsam vom ursprünglichen Zweck ihrer Aufgabe entfernen.

13. Reflexion

Zum Abschluss der Arbeit werden noch einmal die Planung und die Vorgehensweise der Arbeit kritisch betrachtet und die Problematik der Gruppenarbeit reflektiert.

13.1. Reflexion des Forschungsprozesses

Die Erarbeitung einer Forschungsskizze zur vorliegenden Thematik im Studienmodul beinhaltete die Herausforderung, sich mit der Konstruktion des Forschungsablaufes, den zu benutzenden Methoden und Erhebungsformen, wie auch den möglichen Problemen der Forschung auseinanderzusetzen. Eine Präsentation vor den Kommilitonen und der Professorin eröffnete neue zu beachtende Aspekte und beeinflusste die weitere Planung. Daraus resultierte die frühe Festlegung der empirischen Phase, da die Forscherinnen das Akquirieren von Interviewpartnern, wie sich in der Realisation zeigte, als größte Hürde ansahen.

Die als Gatekeeper beabsichtigten Institutionen schienen keinen Vorteil für diesen Vorgang darzustellen. Dabei wurde ersichtlich, dass ein Beharrungsverhalten von Seiten der Autorinnen, persönlichen Kontakt zu erhalten, zielbringend war, was von einigen Interviewpartnern bestätigt wurde, auch wenn der angesetzte Zeitrahmen der empirischen Phase überschritten wurde. Positiv war die ausnahmslose Bereitschaft, Angaben zum Thema zu machen, mit dem Bewusstsein, dass die Angaben nicht anonymisiert wurden. Die Aufnahmesituation änderte nichts an einer großen Offenheit den Studentinnen gegenüber und selbst nach Abschalten des Gerätes wurden die Gespräche thematisch und zum Teil mit sehr persönlichem Erfahrungswissen und Meinungen ergänzt, die aber nicht wissenschaftlich ausgewertet wurden.

Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen, die in einigen Fällen nicht direkt durch die Forscherinnen stattfand, zeigte sich, dass sie in Bezug auf ein implizites und explizites Wissen über Hintergründe und Arbeitsabläufe nicht dem definierten Expertenstatus entsprachen. Neben einem offensichtlichen Unwissen zu einigen Fragestellungen wurden Befindlichkeiten geäußert und nicht zur Frage passende unsachliche Antworten gegeben.

Diese Antworten wurden zwar nicht in die Datenmenge einbezogen, sagten jedoch etwas über die Person und ihre Haltung zum Thema aus.

Die Wertigkeit einer Forschungsarbeit über die vorliegende Thematik wurde auch in der Ablehnung der finanziellen Unterstützung und der Ablehnung der Teilnahme einiger Akteure ersichtlich. Eine persönliche Konfrontation mit dieser Problematik erlebten die Autorinnen beim Treffen einer Agisra Mitarbeiterin auf einem Informationsabend, die Unverständnis über die Absage ihrer Institution an der Teilnahme äußerte.

Die Forscherinnen gingen auf die zeitlichen Kapazitäten der Interviewpartner ein und stimmten Anfahrt und den eigenen Tagesablauf darauf ab, um das festgelegte Ziel der durchzuführenden Anzahl an Interviews zu erreichen. Interessant war die Tatsache, dass kein männlicher Interviewpartner akquiriert wurde, was mit der Thematik und den darin agierenden Professionen zusammenhängen kann. Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen sind nach wie vor hauptsächlich durch Frauen ausgefüllt. Während der empirischen Phase zeichneten sich innerhalb der Interviews schnell Problemfelder ab, die die Forscherinnen veranlassten, ihre Befragung darauf abzustimmen, was zur Veränderung der Fragestellungen führte (siehe Kapitel 8.5.). Dabei liefen sie Gefahr, die Interviewpartner in ihren Antworten zu beeinflussen.

Es bedurfte der intensiven Beobachtung und Recherche über den gesamten Forschungszeitraum, durch die Aktualität des Themas, Änderungen auf lokaler und gesetzlicher Seite einzubeziehen. Daraus resultierten nicht zuletzt der Wegfall einiger Kapitel und eine damit verbundene Neuverfassung durch Gesetzesänderungen zum 01.04.2016. Öffentlich verfügbare Daten zu Statistiken, die den Kölner Raum betrafen, waren zum Teil nicht aktuell.

Die Theorie BRONFENBRENNERS war den Autorinnen bis zu Beginn der Forschung unbekannt und erforderte eine intensive literarische Auseinandersetzung mit den wenigen zur Verfügung stehenden Quellen. Die Übertragbarkeit auf das zu beschreibende Thema ermöglichte eine klare Strukturierung des Forschungsgegenstandes. Während der Literaturrecherche wurde zudem offensichtlich, dass man durch den wissenschaftlichen Zugang zum Thema die Auswertungsmethode von der geplanten Methode

nach MAYRING (2003), hingehend der Methode nach BOHNSACK (2003, 2010) änderte. Dies bedurfte eines Umdenkens und weiterer Literaturrecherche. Die Herausforderung, die große Datenmenge strukturiert und logisch darzustellen, führte zu mehrmaligem Hinterfragen des Vorgehens, bevor die Autorinnen sich argumentativ für die vorliegende Form entschieden.

Schon während der empirischen Phase wurden Veränderungen in der Zusammenarbeit der Akteure bewirkt. Die Studentin hat die Adresse von Frau Dr. D. als Ansprechpartnerin für die arabisch sprechenden Flüchtlingsfrauen an Frau Dr. E. und Frau Ka. zur Kontaktaufnahme weitergegeben. Frau Dr. D. berichtete, dass aufgrund dieser Information mehr Patientinnen zu ihr geschickt wurden.

Frau Dr. E. erwähnte im Austausch mit der, im St. Elisabeth Krankenhaus arbeitenden Autorin, Kontakt mit der Leitung dort aufnehmen zu wollen, um über das Angebot des Gesundheitsamtes zu unterschiedlichen Themen aufzuklären. Ein vorbereitendes Treffen mit der Leitung Frau N. hat noch im Forschungszeitraum stattgefunden und es sind weitere geplant, unter Einschluss des gesamten Teams. Die Ausschreibung einer Hebammenstelle von Seiten des DRK zur Koordination der Betreuung der Unterkünfte konnte nicht direkt in Verbindung mit der vorliegenden Erhebung gebracht werden.

13.2. Gruppenreflexion

Durch die gemeinsame Sozialisierung im Berufsfeld der Hebammen erlangte die Thematik bei den Forscherinnen besonders großes Interesse, welches zum Entschluss führte, die Arbeit gemeinsam zu schreiben. Hinzu kam die Erfahrung mehrerer schon gemeinsam im Rahmen ihres Studiums verfasster wissenschaftlicher Arbeiten, sodass sie von einem erprobten und gemeinsamen Arbeitsrhythmus profitieren konnten.

Aufgrund der räumlichen Entfernung von 200 km war die Erarbeitung eines strikten Forschungszeitplanes, in dem der Bedarf zur persönlichen Anreise, evaluiert wurde, notwendig. Bei einem Verbleib über Nacht bot die, in der Nähe von Köln lebende Autorin ihrer Kommilitonin eine Übernachtungsmöglichkeit an. Schon in der frühen Planungsphase fand eine Aufteilung der zu bearbeitenden Kapitel untereinander statt, was zu einer ressourcenorientierten Vorgehensweise führte.

Bei der gemeinsamen Bearbeitung der Forschungsfrage kam es zum ständigen Austausch der Ergebnisse und Ideen, um die Gefahr einer Dopplung des Geschriebenen zu vermeiden und Missverständnissen vorzubeugen. Dies wurde zumeist über das Internetprogramm Skype vollzogen.

Die Herausforderung des Zusammenführens der einzelnen Arbeitsteile und des Literaturverzeichnisses wurde zum Ende des Bearbeitungszeitraumes ersichtlich. Unklarheiten im Forschungsprozess wurden im angebotenen Kolloquium oder in der Erarbeitung eines gemeinsamen Konsenses beseitigt. Dabei legten die Autorinnen besonderen Wert, Kritik nur im fachlichen und nicht persönlichen Rahmen zu äußern.

14. Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse der Forschungsarbeit haben gezeigt, dass es in Köln ein breites Spektrum an Hilfsangeboten für die schwangeren Flüchtlingsfrauen auf allen systemischen Ebenen gibt. Alle interviewten Akteure arbeiten sehr engagiert und versuchen, die bestmögliche Versorgung für die schwangeren Flüchtlingsfrauen zu erreichen. Es wurde deutlich, dass alle durch die große Anzahl der Flüchtlingsfrauen an den Grenzen ihrer Kapazität arbeiten. Einige engagieren sich zusätzlich ehrenamtlich.

Die dargestellten Arbeitsprozesse zeigen allerdings Anschlussproblematiken zwischen den Akteuren auf, die durch die Erkenntnisse dieser Forschungsarbeit und einem daraus entstehenden Problembewusstsein optimiert werden können.

Die Integration der schwangeren Flüchtlingsfrauen in das Gesundheitssystem ist die erste Maßnahme, die durch Netzwerke verschiedener Professionen genutzt werden kann, an andere Integrationsmaßnahmen aus anderen Bereichen anzuschließen. Das setzt voraus, dass sich in der Bewältigung der Flüchtlingsfrage Berufsgruppen aus Bildung, Arbeit und Gesundheit zusammenschließen, um Netzwerke zu bilden, wie dies KAUFMANN schon 2003 in ihrer Studie belegt hat (siehe Kapitel 3.2.).

Netzwerke erleichtern durch den Austausch zwischen den Akteuren die eigene Arbeit, durch die Sicherheit, dass die betroffene Flüchtlingsfrau an der Stelle professionell weiterversorgt wird, wo eigene Grenzen gesteckt sind. Die Arbeit in einem Netzwerk stellt nicht nur für die Akteure eine Bereicherung dar, die durch den Austausch die Möglichkeit erhalten, Arbeitsweisen und Fachinhalte anderer Professionen kennenzulernen sondern auch für die Flüchtlingsfrau, die einen gezielteren Zugang zu den Versorgungssystemen erhält.

Eine zukunftsorientierte Planung muss interprofessionell erstellt werden und die Maßnahmen für die Betreuung der Flüchtlinge müssen im Hinblick auf die neuen und schon vorhandenen Forschungsergebnisse evaluiert werden. Wichtig sind auch die Weiterentwicklung und die Förderung der verschiedenen Migrationsprojekte, die in den letzten Jahren aufgrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema Migration und Schwanger-

schaft, entstanden sind. Hervorzuheben sind dabei die Projekte, in denen die Menschen mit Migrationshintergrund für die Unterstützung der Flüchtlinge geschult werden. Im Sinne des MiMi-Projektes und des Projektes von Pro familia wäre eine flächendeckende Einbeziehung ehemaliger Flüchtlingsfrauen, als sogenannte Migrationsberaterinnen für den Gesundheitsbereich sinnvoll (siehe Kapitel 6.5.).

Die Arbeit mit den Flüchtlingsfrauen muss kultursensibel reflektiert werden und die Identität der Frauen muss gewahrt bleiben (siehe Kapitel 3.2.). Eine Kultursensibilität in der Betreuung der Schwangeren durch alle Professionen zeichnet sich dadurch aus, dass die Hilfe und Unterstützung ressourcenorientiert und nicht defizitorientiert vermittelt wird. Dies hat einen hohen Wert für die Entwicklung eines positiven Selbstbildnisses der einzelnen schwangeren Flüchtlingsfrau (vgl. Friedrich 2008: 76). Sie dürfen, soweit es medizinisch vertretbar ist, ihr kulturell geprägtes Wissen anwenden. Das signalisiert ihnen Respekt vor ihrer Kultur und lässt ihnen ihre Identität. Wichtig dabei ist, dass die Akteure im Gesundheitswesen ihre Arbeitsweisen so ausrichten, dass sie die kulturellen Unterschiede differenzsensibel fokussieren, nicht aber fixieren (vgl. Freise 2013: 47).

Gemeinsame Vorstellungen, Vorgehensweisen und Ideen über die Arbeit mit den Flüchtlingsfrauen müssen in Arbeitsgruppen diskutiert und anschließend schriftlich festgehalten werden. Das „Kölner Statement zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen“ (Stadt Köln 2015a) ist ein erster Weg. Aus den Leitgedanken werden gemeinsame Leitlinien entwickelt, die für die Akteure in Köln verbindlich sind. Sie bedürfen einer Anpassung an die Versorgungsverhältnisse und einer Koppelung an Prozessstandards des Qualitätsmanagements (vgl. Christa 2008: 416).

Geklärte Aufgabenbereiche und die Schnittstellen in der Arbeit mit den unterschiedlichen Professionen und Organisationen sind zu erfassen. Die von den Forscherinnen ermittelte Kölner Netzwerkarbeit zur Versorgung der schwangeren Flüchtlingsfrauen bedarf durch die zahlreichen Akteure und ihrer vielfältigen Aufgabenbereiche eines fundierten „Netzwerkmanagements“ (ebd.: 418). Dafür müssen Gelder zur Verfügung gestellt werden, damit die Arbeit gesichert und ausgebaut werden kann. Dies betrifft insbesondere auch die Ehrenamtsarbeit. Die vielfältigen Angebote müs-

sen auf ihre Sinnhaftigkeit dem Integrationsprozess gegenüber geprüft werden und gemeinsam mit allen Beteiligten koordiniert werden.

Als empfehlenswert anzusehen sind die Aktualisierung der Stadtteil-Agenda mit den Adressen der zuständigen Akteure der einzelnen Fachbereiche und eine Verteilung an alle Akteure nach Fertigstellung. Mit diesem Schriftstück können die zuständigen Akteure zur Weiterleitung im Gesundheits- und Sozialwesen sofort ermittelt werden.

Eine forcierte Öffentlichkeitsarbeit im Bereich des Flüchtlingsthemas, die Schwangeren betreffend, ist wichtig, um der Öffentlichkeit, der Politik und Verwaltung in Köln die Wertigkeit und Wichtigkeit der Arbeit zu signalisieren und eine finanzielle Unterstützung zu erwirken (vgl. Christa 2008: 417).

Es besteht weiterer Forschungsbedarf, um die Versorgung und den Integrationsprozess der unfreiwillig migrierten Menschen optimaler gestalten zu können. Eine Übertragung der vorliegenden Forschungsergebnisse auf andere Städte und Regionen kann nach Beachtung der strukturellen und organisatorischen Bedingungen realisiert werden. In allen Situationen, in denen Menschen in neue Lebensbereiche eintreten, ist die ökologische Systemtheorie anwendbar. Das Wissen über die gegenseitige Einflussnahme der einzelnen Strukturebenen ermöglicht eine problemzentrierte Konzeptbildung.

Die im akuten Fall der Belastung geforderten Projektvorschläge und Konzeptentwicklungen, können nicht ohne vorherige Analyse des Ist-Zustandes einhergehen, da sie, wie in der vorliegenden Arbeit ersichtlich wurde, häufig am Ziel vorbeigehen.

Ein Forschungsvorhaben bezüglich der Erfahrungen schwangerer Flüchtlingsfrauen in der Auseinandersetzung mit dem deutschen Sozial- und Gesundheitswesen kann momentan gelebte Betreuungsstrukturen hinterfragen und beeinflussen. Es stellt sich die Frage, wie die von den Institutionen initiierten Projekte und Konzepte von den Frauen aufgefasst werden. Weiterführende Forschung muss die verschiedenen Kulturkreise hinsichtlich der Fragestellung beleuchten: Welche Wünsche und Ängste haben die Frauen? Was heißt „kultursensibel“ aus ihrer Sicht?

Ebenfalls von Interesse sind die Vorstellungen der Männer mit Migrationshintergrund in Bezug auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems für ihre Familien. In wieweit sorgen in vielen Kulturen die Männer dafür, welche Angebote die Frauen und Kinder wahrnehmen können.

Grundsätzlich bedarf es der Verfolgung der Frage, in welchem Ausmaß Migranten integriert werden wollen oder können. Maßnahmen zur Realisation von Integration durch Bildung, die den Zugang zu den Systemen erst ermöglicht, müssen verstärkt werden. Obwohl dieses Phänomen von wissenschaftlicher Seite seit Jahrzehnten bekannt ist, wird diesem Problem nicht ausreichend nachgegangen.

Die hier geborenen Kinder, die die zweite Generation der Migranten bilden, werden in Deutschland aufwachsen und kulturell und gesellschaftlich geprägt. Eine Vermittlung gesellschaftlicher Werte und Normen ohne die Aufgabe ihrer kulturellen Wurzeln ist das angestrebte Ziel. Die Frauen in diese Prozesse einzubinden und ihnen die daraus resultierenden Vorteile für ihre Kinder nahezubringen, ist eine Investition in die Zukunft und kann zu einer gelungenen Integration beitragen.

Für die kommende Zeit bleibt abzuwarten, wie die Politik in Bezug auf die Zuwanderung die Weichen stellt. Eine diskutierte Begrenzung der Zuwanderung kann den Organisationen zwar kurzfristig helfen, ihre Strukturen besser zu organisieren, löst aber in keinem Fall die Probleme der einzelnen Flüchtlingsfrau. Andererseits ist es möglich, dass es durch eine starke Nachfrage an Kapazitäten zu einer langfristigen Verknappung finanzieller Mittel kommen kann, was sich negativ auf die sozialen und medizinischen Leistungen und auf den Stellenschlüssel in der Betreuung auswirkt.

Die Paradoxität, die durch Gesetzgebungen hervorgebracht wird, einen Aufenthaltsstatus von einer Schwangerschaft abhängig zu machen, setzt die Frau unter Druck, für das Bleiberecht verantwortlich zu sein.

Das oberste Ziel von Seiten der Politik müssen die Bemühungen um eine friedvolle Bekämpfung der Fluchtursachen sein.

Zum Erhalt des sozialen Friedens dürfen die sozial benachteiligten Frauen ohne Migrationshintergrund nicht in der Förderung vergessen werden, sonst werden sie zu Verliererinnen der Gesellschaft.

15. Quellenverzeichnis

Das Quellenverzeichnis ist in Literaturverzeichnis, Zeitschriftenverzeichnis und Internetverzeichnis unterteilt.

15.1. Literaturverzeichnis

Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang (2009): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Alexander Bogner, Beate Littig, Wolfgang Menz (Hrsg.): Experteninterviews. Theorie, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Aufl., Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften: S. 61-98.

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden. Springer Verlag.

Bohler, Karl Friedrich; Franzheld, Tobias (2013): Analyse von Netzwerkstrukturen in Kinderschutzfällen. In: Jörg Fischer, Tobias Kosellek (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Weinheim. Beltz Juventa: S. 369-386.

Bohnsack, Ralf (2003): Experteninterview. In: Ralf Bohnsack, Winfried Marotzki, Michael Meuser (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen. Leske + Budrich Verlag: S. 57-58.

Bohnsack, Ralf (2010): Rekonstruktive Sozialforschung. 8. Aufl., Opladen. Budrich Verlag.

Bommes, Michael; Tacke Veronika (2006): Das Allgemeine und das Besondere des Netzwerkes. In: Betina Hollstein, Florian Straus (Hrsg.): Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften: S. 37-62.

Bronfenbrenner, Urie (1976): Ökologische Sozialisationsforschung. 1. Aufl., Stuttgart. Klett-Cotta.

Bronfenbrenner, Urie (1989): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Ungekürzte Ausgabe. Frankfurt am Main. Fischer Taschenbuch.

Diewald, Martin (1991): Soziale Beziehungen. Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken. Berlin. Edition Sigma im Rainer Bohm Verlag.

Flick, Uwe (2005): Qualitative Sozialforschung eine Einführung. 3. Aufl., Reinbeck bei Hamburg. Rowohlt-Taschenbuch Verlag.

Flick, Uwe (2011): Qualitative Sozialforschung eine Einführung. 4. Aufl., Reinbeck bei Hamburg. Rowohlt-Taschenbuch Verlag.

Freise, Josef (2013): Interkulturelle Soziale Arbeit: Integration, Anerkennung und Partizipation als Leitideen einer differenzsensiblen Sozialen Arbeit in der Migrationsgesellschaft. In: Martin Spetsmann-Kunkel, Norbert Frieters-Reermann (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Schriften der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Band 17. Opladen: S. 45-54.

Gahleitner, Silke Birgitta; Homfeldt, Hans Günther (2013): Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und soziale(s) Netzwerk(e). In: Jörg Fischer, Tobias Kosellek (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Weinheim. Beltz Juventa: S. 494-516.

Graf, Pedro; Sprengler, Maria (2008): Leitbild- und Konzeptentwicklung. 5.Aufl., Bobingen. ZIEL Verlag.

Heidenreich, Martin (2014): Regionale Netzwerke. Konzept, Merkmale und Dilemmata regionaler Netzwerke. In: Johannes Weyer (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung. 3. Aufl., München. de Gruyter/Oldenbourg: S.167-186.

Heinhold, Hubert (2015): Recht für Flüchtlinge. Ein Leitfaden durch das Asyl- und Ausländerrecht für die Praxis. 7. Aufl., Karlsruhe. Von Loeper.

Helfferich, Cornelia (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 3. Aufl., Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hollstein, Betina (2006): Qualitative Methoden und Netzwerkanalysen. In: Betina Hollstein, Florian Straus (Hrsg.): Qualitative Netzwerkanalyse. Konzepte, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften: S. 11-36.

Hosemann, Wilfried (2013): Systemische Soziale Arbeit und Netzwerke. In: Jörg Fischer, Tobias Kosellek (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Weinheim. Beltz Juventa: S. 92-107.

Hüttemann, Matthias; Rügger, Cornelia (2013): Die Perspektive sozialer Netzwerke als Option sozialpädagogischer Diagnostik. In: Jörg Fischer, Tobias Kosellek (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Weinheim. VS Verlag für Sozialwissenschaften: S. 295-309.

Jansen, Dorothea; Diaz-Bone, Rainer (2014): Netzwerkstrukturen als soziales Kapital. In: Johannes Weyer (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung. 3. Aufl., München. De Gruyter/Oldenbourg: S. 71-108.

Kaufmann, Margit E. (2009): Migration und reproduktive Gesundheit. Zur Betreuung- und Beratungssituation in Bremen. In: Christiane Falge, Gudrun Zimmermann (Hrsg.): Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens. Schriftenreihe des Zentrums für europäische Rechtspolitik (ZERP). Band 51. Baden Baden. Nomos Verlagsgesellschaft: S.133-144.

Kuntner, Liselotte (2007): Schwangerschaft und Geburt im Migrationskontext. In: Dagmar Domenig (Hrsg.): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. 2. Aufl., Bern. Hans Huber: S. 439-456.

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5. Aufl., Weinheim. Fink Verlag.

Littig, Beate (2009): Interviews mit Eliten - Interviews mit Expertinnen: Gibt es Unterschiede? In: Alexander Bogner, Beate Littig, Wolfgang Menz (Hrsg.): Experteninterviews. Theorie, Methoden, Anwendungsfelder. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften: S. 117-136.

Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl., Weinheim. Beltz.

Meier-Braun, Karl-Heinz (2015): Einwanderung und Asyl. Die 101 wichtigsten Fragen. München. Beck.

Meiner, Christiane; Fischer, Jörg (2013): Gelingender Kinderschutz durch Netzwerkbildung? - Implementierungsstrategien auf kommunaler Ebene. In: Jörg Fischer, Tobias Kosellek (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Weinheim. Beltz Juventa: S. 348-368.

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Alexander Bogner, Beate Littig, Wolfgang Menz (Hrsg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Aufl., Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaft: S. 35-60.

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2010): Experteninterviews. In: Barbara Fiebertshäuser, Antje Langer, Annedore Prengel (Hrsg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. Aufl., Weinheim. Juventa: S. 457-462.

Miller, Tilly (2013): Das Pendeln zwischen Systemen und Netzwerken: Eine Herausforderung für die Akteure. In: Jörg Fischer, Tobias Kosellek (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Weinheim. Beltz Juventa: S. 287-295.

Preusker, Uwe K. (2015): Das deutsche Gesundheitssystem verstehen. Strukturen und Funktionen im Wandel. 2. Aufl., Heidelberg. Medhochzwei.

Rieger, Günter (2013): Soziale Arbeit, Netzwerke und Gerechtigkeit. In: Jörg Fischer, Tobias Kosellek (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Weinheim. Beltz Juventa: S. 199-214.

Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern. Hans Huber.

Schildberger, Barbara (2011): Transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe. Ein neues Paradigma der peripartalen Betreuung. Frankfurt. Mabuse Verlag.

Schnell, Martin W.; Heinritz, Charlotte (2006): Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch. Mit Beispielen aus der Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Bern. Hans Huber.

Schubert, Herbert (2013): Netzwerkmanagement in der Sozialen Arbeit. In: Jörg Fischer, Tobias Kosellek (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Weinheim. Beltz Juventa: S. 267-286.

Straus, Florian (2012): Netzwerkarbeit: Förderung sozialer Ressourcen. Formen klientenorientierter Netzwerkarbeit. In: Alban Knecht, Franz-Christian Schubert (Hrsg.): Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Zuteilung - Förderung - Aktivierung. Stuttgart. Kohlhammer: S. 224-237.

Titscher, Stefan; Meyer, Michael; Mayrhofer, Wolfgang (2008): Organisationsanalyse. Konzepte und Methoden. 1. Aufl., Wien. Facultas wuv.

Trappmann, Mark; Hummel, Hans J.; Sodeur, Wolfgang (2011): Strukturanalyse sozialer Netzwerke. Konzepte, Modelle, Methoden. 2.Aufl., Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Weyer, Johannes (2014): Zum Stand der Netzwerkforschung in den Sozialwissenschaften. In: Johannes Weyer (Hrsg.): Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung. 3. Aufl., München. de Gruyter/Oldenbourg: S. 39-46.

Zychlinski, Jan (2013): Netzwerke und Sozialraum in der sozialen Arbeit – kritische Bestandsaufnahme eines spannungsreichen Verhältnisses. In: Jörg Fischer, Tobias Kosellek (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Weinheim. Beltz Juventa: S. 215-231.

15.2. Zeitschriftenverzeichnis

Borde, Theda (2015): Migration und Frauengesundheit-komplexe Zusammenhänge erschließen. In: Public Health Forum. Band 23. Nr. 2. Berlin. de Gruyter: S. 61-63.

Christa, Harald (2008): Erfolgreiche Netzwerkarbeit - Ein integriertes Modell von Basis- und Erfolgsfaktoren. In: Theorie & Praxis der Sozialen Arbeit. Jg. 59. Nr. 6. Weinheim. Beltz: S. 411-418.

David, Matthias; Borde Theda (2002): Betreuung von Migrantinnen. Ethisch-kulturelle Aspekte in der Geburtshilfe. In: Pflegezeitschrift. Jg. 55. Nr. 1. Stuttgart. Verlag Kohlhammer: S. 21-24

Falge, Christiane; Schmidtke, Oliver (2015): Migration und Gesundheit: Deutschland, Kanada und Italien im Vergleich. In: Public Health Forum. Band 23. Nr. 2. Berlin. de Gruyter: S. 119-120.

Friedrich, Sibylle (2008): Netzwerkarbeit in der Sozialen Arbeit - was es zu bedenken gilt, damit die Implementierung gelingt. In: Unsere Jugend. Jg. 60. Nr. 2. München. Ernst- Reinhard Verlag: S. 72-78.

Friedrichs, Jürgen; Jagodzinski, Wolfgang (1999): Theorien sozialer Integration. In: Jürgen Friedrichs, Wolfgang Jagodzinski (Hrsg.): Soziale Integration. Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 39. Opladen. Springer Verlag: S.9-46.

Razum, Oliver; Spallek, Jacob (2015): Migration und Gesundheit. In: Public Health Forum. Band 23. Nr. 2. Berlin. de Gruyter: S. 54-57.

Sievers, Erika (2015): Migration und Schwangerschaft: Aspekte der Prävention und Versorgung. In: Public Health Forum. Band 23. Nr.2. Berlin. de Gruyter: S. 64-66.

Stülb, Magdalena (2011a): Migrantinnen als Akteurinnen. Eine ressourcenorientierte Perspektive auf Schwangerschaft und Geburt in der Migration-Teil 1. In: Dr. med. Mabuse. Jg. 36. Nr.190. Frankfurt am Main. Mabuse Verlag: S. 52-54.

Stülb, Magdalena (2011b): Transkulturelle Kompetenz in der Geburtshilfe. Eine ressourcenorientierte Perspektive auf Schwangerschaft und Geburt in der Migration-Teil 2. In: Dr. med. Mabuse Jg. 36. Nr.191. Frankfurt am Main. Mabuse Verlag: S.65-68.

Tabatt-Hirschfeldt, Andrea (2011): Wohlfahrtsmix als Koordinationsauftrag. Das Netzwerkmanagement als Herausforderung für die Soziale Arbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. Jg. 158. Nr. 6. Baden-Baden. Nomos: S. 203-207.

Zwicker-Pelzer, Renate (2004): Netzwerkarbeit als systemische Intervention in sozialer Arbeit. In: Kontext. Jg. 35. Nr.4. Göttingen. V&R Unipress: S. 365-373.

15.3. Internetverzeichnis

Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit (2014): Kommunale Gesundheitskonferenz Köln. Arbeitsgruppe Migration und Gesundheit Kölner Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten. Aktualisierte Online-Ausgabe. Köln unter http://www.drk-koeln.de/fileadmin/Medien/KVkoeln/pdf/201405_gww_14_online.pdf [Zugriff 26.05.2016].

Böhmer, Maria (2007): Vorwort zu Gesundheit und Integration. In: Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). 2. Aufl. Berlin unter http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/gesundheit-und-integration.pdf?__blob=publicationFile&v=7 [Zugriff 27.05.2016].

Brenne et al. (2013): Wie können Migrantinnen erreicht werden? Forschungsprozesse und erste Ergebnisse der Berliner Perinatalstudie. In: Erol Esen, Theda Borde (Hrsg.). Deutschland und die Türkei-Band II. Forschen, Lehren und Zusammenarbeiten in Gesellschaft, Gesundheit und Bildung. Ankara unter http://akvam.akdeniz.edu.tr/_dinamik/134/505.pdf [Zugriff 08.06.2016].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2014): Willkommen in Deutschland. Informationen für Zuwanderer. Bundesministerium des Innern (Hrsg.). 5. Aufl. Paderborn unter <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/willkommen-in-deutschland.pdf?blob=publicationFile> [Zugriff 09.04.2016].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016a): Das Bundesamt in Zahlen 2015 Nürnberg unter http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2015-asyl.pdf?__blob=publicatio [Zugriff 07.06.2016]

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016b): Den Menschen im Blick. Schützen. Integrieren. Glossar. Aufenthaltsgesetz. Nürnberg unter <https://www.bamf.de/DE/Service/Left/Glossary/function/glossar.html?lv3=1637806&lv2=1364162> [Zugriff 26.05.2016].

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016c): Träger für Erstorientierungskurse gesucht. Nürnberg unter <http://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2016/20160503-ausschreibung-erstorientierung.html> [Zugriff 12.05.2016].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2016): BMFSFJ E-Mail-Abonnement-Pressemitteilungen. Mailinglistenservice-BMFSFJ Internetredaktion (Hrsg.). Berlin unter elist@bmfsfj.de [Zugriff 11.06.2016]

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016): E- Health-Gesetz. Die elektronische Gesundheitskarte. Bonn unter <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/e-health-initiative-und-telemedizin/allgemeine-informationen-egk.html> [Zugriff 26.05.2016].

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (2003): Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27.12.2003, BGBl. I S. 3022. (o.O.) unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/ [Zugriff 16.05.2016].

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (2016a): Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Berlin unter <https://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/BJNR107410993.html> [Zugriff 08.04.2016].

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (2016b): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988, BGBl. I S. 2477. (o.O.) unter http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf [Zugriff 11.06.2016].

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF)(2016a): EU-Richtlinien. Berlin unter <http://www.baff-zentren.org/eu-vernetzung/eu-richtlinien/> [Zugriff 24.05.2016].

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2016b): Ist Gesundheit teilbar. Berlin unter <http://www.baff-zentren.org/ist-gesundheit-teilbar/> [Zugriff 09.04.2016].

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2016c): Mitgliedszentren und Fördermitglieder. Berlin unter <http://www.baff-zentren.org/mitgliedszentren-und-foerdermitglieder/> [Zugriff 24.05.2016].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012): Qualifizierung. Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung. Gesundheitsamt der Stadt Köln. Köln unter <https://www.qualifizierung.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=53> [Zugriff 10.04.2016].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); Sensoa (2016): Zanzu. Mein Körper in Wort und Bild. Köln unter <http://www.zanzu.de/de> [Zugriff 24.05.2016].

Burkhardt, Wolfram (2013): Einer für alle, alle für einen - Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Dossier Gesundheitspolitik. Bonn unter <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip?p=al> [Zugriff 28.05.2016].

David, Matthias et al (2014): Viele Risiken - gutes Outcome? Geburtshilfliche Ergebnisse bei Migrantinnen. DFG-Forschungsprojekt. Berlin unter <http://www.eine-chance-fuer-kinder.de/wp-content/uploads/2014/05/Viele-Risiken-und-gutes-Outcome-geburtshilf.-Ergebnisse-bei-Migrantinnen-Prof.-Dr.-David.pdf> [Zugriff 27.05.2016].

Deutscher Bundestag (DBT) (2016): Dauer von Asylverfahren. Berlin unter <https://www.bundestag.de/presse/hib/201603/-/415640> [Zugriff 16.05.2016].

Deutsches Institut für Menschenrechte (2016): Themen. Menschen ohne Papiere. Berlin unter <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/migrationintegration/menschen-ohne-papiere/> [Zugriff 08.04.2016].

Deutsches Rotes Kreuz. Kreisverband Köln e.V. (DRK) (2016): Flüchtlinge. Köln unter <http://www.drk-koeln.de/was-wir-tun/menschen-in-not/fluechtlinge.html> [Zugriff 10.04.2016].

Deutsches Rotes Kreuz. Kreisverband Köln e. V. (o. J.): Integrationsagentur Gesundheit. Köln unter <http://www.drk-koeln.de/was-wir-tun/fuer-kinder/integrationsagentur-gesundheit.html> [Zugriff 10.04.2016].

Deutsche Telekom Medien GmbH und Partnerfachverlage (2016): Gelbe Seiten. Frankfurt am Main unter <http://www.gelbeseiten.de/frauenarzt/koeln>

Diakonisches Werk Köln und Region (o. J.a): Diakonie Köln und Region. Flüchtlingsberatung. Köln unter <http://www.diakonie-koeln.de/angebote/migration/fluechtlingsberatung.html> [Zugriff 10.04.2016].

Diakonisches Werk Köln und Region (o. J.b): Diakonie Köln und Region. Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer. Köln unter http://www.diakoniekoln.de/angebote/migration/migrationsberatung_fuer_erwachsene_zuwanderer.html [Zugriff 28.05.2016].

Dick, Kaspar (2015): NETZwerk Flüchtlingshilfe Worringen. NETZwerk Flüchtlingshilfe Worringen (Hrsg.). Köln unter <http://netzwerk.worringen.de/wp-content/uploads/2015/06/Flyer-201505-print1.pdf> [Zugriff 28.05.2016].

Donum vitae Köln e.V. (o. J.): Schwangerschaftskonfliktberatung in Köln. Köln unter <http://www.schwangerschaftsberatung-koeln.de/donumvitae.html> [Zugriff 10.04.2016].

Ethno-Medizinisches Zentrum e. V. (2015): Migration. Service. Gesundheit. MiMi NRW. Hannover unter http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=29 [Zugriff 15.05.2016].

Europäische Union (2013): Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung). In: Amtsblatt der Europäischen Union. Brüssel unter <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF> [Zugriff 05.04.2016].

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2015): Mutterschaft. Berlin unter <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/familienplanung/mutterschaft/> [Zugriff 11.06.2016].

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschaftsrichtlinien“). Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (Hrsg.). Berlin unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1168/Mu-RL_2016-02-11_iK-2016-04-05.pdf [Zugriff 28.05.2016].

Gerlinger, Thomas, Burkhardt, Wolfram (2012): Keine Ahnung, was das kostet? Sachleistungsprinzip, Kostenerstattung und die Patientenquittung. In: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Dossier Gesundheitspolitik. Bonn unter <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72530/sachleistungsprinzip?p=all> [Zugriff 28.05.2016].

Internationaler Bund (IB) (o. J.): Integration von Menschen mit Migrationshintergrund im IB. Durch Vielfalt gewinnen. Thiemo Fojkar (Hrsg.). Frankfurt unter http://www.internationalerbund.de/fileadmin/user_upload/IB_Portal/PDF/Integration_270x210mm_Web.pdf [Zugriff 28.05.2016].

Jung, Felicitas (2011): Das Bremer Modell. Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.). In: Flüchtlingsrat Brandenburg. Potsdam unter <http://www.fluechtlingsrat-brandenburg.de/materialien/gesundheit> [Zugriff 12.06.2016].

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO) (2016): Engagiert für Gesundheit. Ärztliche Versorgung von Asylbewerbern: S. 1-8. Düsseldorf unter https://www.kvno.de/downloads/vertraege/fluechtlings_erstversorgung/merkblatt_asyl.pdf [Zugriff 16.05.2016].

Kölner Flüchtlingsrat e. V. (2016): Refugees welcome. Wir wollen Flüchtlingen zu ihrem Recht verhelfen. Herzlich willkommen beim Kölner Flüchtlingsrat! Köln unter <http://koelner-fluechtlingsrat.de/neu/index.php#1> [Zugriff 28.05.2016].

Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e. V. (2016a): Aktuelles. Köln unter <http://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/> [Zugriff 09.04.2016].

Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e. V. (2016b): Daten und Fakten für Nordrhein-Westfalen. Köln unter <http://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/daten-fakten/daten-und-fakten-fuer-nordrhein-westfalen/> [Zugriff 12.05.2016].

Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e. V. (2016c): Hebammenhilfe für Geflüchtete. Anlaufstellen. Köln unter <http://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de/anlaufstellen/244/malteser-migranten-medizin-koeln/> [Zugriff 12.05.2016].

Malteser Zentrale (o. J.): Malteser in Deutschland. Malteser Flüchtlingshilfe. Köln unter <https://www.malteser.de/fluechtlingshilfe.html> [Zugriff 10.04.2016].

Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen (MIK NRW) (2002) :recht.nrw.de-bestens informiert. Gesetz- und Verordnungsblatt (GV. NRW.) Ausgabe 2002 Nr.12 vom 29.05.2002 Seite 159-170. Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBo NRW). Düsseldorf unter https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=6&vd_id=3206&vd_back=N165&sg=&menu=1 [Zugriff 28.05.2016].

Nahles, Andrea et al. (2015): Neustart in Deutschland. Integrationsplan vorgestellt. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Berlin unter <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=221980.html> [Zugriff 27.05.2016].

Netzwerk Flüchtlingshilfe Köln-Worringen (2016): Sozialdienst katholischer Männer. Köln-Worringen unter <http://netzwerk.worringen.de/sozialdienst-katholischer-maenner/> [Zugriff 10.04.2016].

Pro familia (o. J.a): Beratung von Flüchtlingen - Arbeitsmaterialien für Schwangerschaftsberatungsstellen. (o.O.) unter <http://www.profamilia.de/fachpersonal/beraterinnen/beratung-von-fluechtlingen.html> [Zugriff 09.04.2016].

Pro familia (o. J. b): Gesetzliche Ansprüche und Leistungen. (o. O.) unter <http://www.profamilia.de/erwachsene/eltern-sein/finanzielle-und-soziale-hilfen/gesetzliche-ansprueche.html> [Zugriff 09.04.2016].

Pro familia (o. J. c): Pro familia Beratungsstelle Köln-Zentrum. Köln unter <http://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/nordrhein-westfalen/koeln-zentrum.html> [Zugriff 10.04.2016].

Pro familia (o.J. d): Pro familia Nordrhein-Westfalen. Flüchtlinge im Blick. Bonn unter <http://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/nordrhein-westfalen/bonn/migrantinnen-und-migranten/pro-familia-fluechtlinge-im-blick.html> [Zugriff 28.05.2016].

Razum, Oliver; Spallek, Jacob (2009): Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. In: Focus Migration. Kurzdossier Nr. 12. Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut (HWWI) (Hrsg.). Hamburg. S. 1-10 unter http://www.hwwi.org/uploads/tx_wilpubdb/KD_12_Migranten_Gesundheit.pdf [Zugriff 08.06.2016].

Scheidler, Antje; Ulrich, Ralf; Alscher, Stefan (1999): Balkan: Über zwei Millionen Flüchtlinge und Vertriebene. In: Migration und Bevölkerung. Das Online-Portal zur Migrationsgesellschaft. O.O. unter <http://www.migration-info.de/artikel/1999-05-31/balkan-ueber-zwei-millionen-fluechtlinge-und-vertriebene> [Zugriff 14.06.2016].

Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Köln (SKF) (2015a): Flüchtlinge. Köln unter <http://caritas.erzbistum-koeln.de/koeln-skf/fluechtlinge/> [Zugriff 10.04.2016].

Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Köln (SKF) (2015b): Frühe Hilfen. Schwangerschaftsberatung. Köln unter https://caritas.erzbistum-koeln.de/koeln-skf/fruehe_hilfen/vor_der_geburt/schwangerschaftsberatung/ [Zugriff 10.04.2016].

Stadt Köln (2004): Leitlinien zur Unterbringung und Betreuung von Flüchtlingen in Köln. Beschluss des Rates der Stadt Köln vom 20.07.2004. Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf5620/1.pdf>. [Zugriff 26.05.2016].

Stadt Köln (2015a): Kölner Statement zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen. Köln unter http://www.stadtkoeln.de/mediaasset/content/pdf53/k%C3%B6lner_statement_zu_r_medizinischen_versorgung_von_fl%C3%BCchtlingen.pdf [Zugriff 26.05.2016].

Stadt Köln (2015b): 4-Phasen-Modell zur Unterbringung. Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/soziales/koeln-hilft-fluechtlingen/4-phasen-modell-zur-unterbringung> [Zugriff 09.04.2016].

Stadt Köln (2016a): Flüchtlinge in Köln. Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/soziales/koeln-hilft-fluechtlingen/fluechtlinge-koeln> [Zugriff 11.06.2016].

Stadt Köln (2016b): Gesundheitsangebote für Flüchtlinge in Köln. Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/soziales/fluechtlinge/angebote-fuer-fluechtlinge-refugees/gesundheitsangebote-fuer-fluechtlinge-koeln> [Zugriff 09.04.2016].

Stadt Köln (2016c): Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Köln. Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/politik-und-verwaltung/presse/gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-koeln> [Zugriff 28.05.2016].

Stadt Köln (2016d): Köln hilft. Aktuelles. 8. Bericht zur Unterbringung und Integration von Flüchtlingen. pdf Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/soziales/koeln-hilft-fluechtlingen> [Zugriff 26.05.2016].

Stadt Köln (2016e): Köln hilft. Zahlen, Daten, Fakten. Flüchtlinge in Köln. Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/soziales/koeln-hilft-fluechtlingen/fluechtlinge-koeln> [Zugriff 13.06.2016].

Stadt Köln (2016f): Köln hilft. Zahlen, Daten, Fakten. Flüchtlinge in Köln. Wo kommen die Flüchtlinge her und warum flüchten sie? Ausländeramt der Stadt Köln Mai 2016. Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/soziales/koeln-hilft-fluechtlingen/fluechtlinge-koeln> [Zugriff 13.06.2016].

Stadt Köln (o. J.a): Amt für Soziales und Senioren Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/service/adressen/amt-fuer-soziales-und-senioren> [Zugriff 10.04.2016].

Stadt Köln (o. J.b): Amt für Wohnungswesen. Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/service/adressen/amt-fuer-wohnungswesen> [Zugriff 09.04.2016].

Stadt Köln (o. J.c): Fachärztlicher Bereich. Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/politik-und-verwaltung/arbeiten-bei-der-stadt/initiativbewerbungen/fachaerztlicher-bereich> [Zugriff 11.04.2016].

Stadt Köln (o. J.d) : Krankenhäuser. Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/gesundheit/krankenhaeuser>. [Zugriff 26.05.2016].

Stadt Köln (o. J.e): Wohnungsvermittlung. Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/service/produkt/wohnungsvermittlung> [Zugriff 09.04.2016].

Stadt Köln (o. J.f): Zahlen und Statistiken. Köln unter <http://www.stadt-koeln.de/politik-und-verwaltung/statistik/>

Steffens, Barbara (2015): Pressemitteilung. Gesundheit: Ministerin Steffens: Gesundheitskarte für Flüchtlinge in NRW perfekt. In: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA). Düsseldorf unter

<http://www.mgepa.nrw.de/ministerium/presse/pressemitteilungsarchiv/pm2015/pm20150828b/index.php> [Zugriff 28.05.2016].

Stülb, Magdalena (2010): Transkulturelle Akteurinnen. Eine medizinethnologische Studie zu Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft von Migrantinnen in Deutschland. Weißensee Verlag, Berlin unter http://www.weissensee-verlag.de/autoren/Stuelb/stuelb_176_kurz.pdf [Zugriff 14.06.2016]

UNHCR. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (1951): Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951. Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 31. Januar 1967. Berlin unter http://www.unhcr.de/fileadmin/user_upload/dokumente/03_profil_begriffe/genfer_flaechtlingskonvention/Genfer_Flaechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf [Zugriff 07.04.2016].

UNICEF Press centre (2016): News note. More children and women seek safety in Europe: UNICEF. Geneva unter http://www.unicef.org/media/media_90000.html [Zugriff 27.05.2016].

Verband für Interkulturelle Arbeit-Bundesverband (2015): Refugees Welcome Map Duisburg unter <http://refugeeswelcomemap.de/koeln.de>. [Zugriff 13.06.2016].

Wilmes, Maren (2013): Kommunaler Umgang mit Menschen ohne Papiere. In: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Aus Politik und Zeitgeschichte (APUZ 47/2013). Europas Grenzen. Bonn unter <http://www.bpb.de/apuz/172380/kommunal-umgang-mit-menschen-ohne-papiere?p=all> [Zugriff 28.05.2016].

Wolter, Hans; Grieger, Dorothea, Wesselman, Elisabeth (2007): Einleitung: Gute-Praxis-Beispiele für Gesundheit und Integration. In: Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.). 2. Aufl. Berlin. unter <http://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/gesundheit-und-integration.pdf?blob=publicationFile&v=7> [Zugriff 27.05.2016].

16. Anhang I

INHALTSVERZEICHNIS

1. ANSCHREIBEN	140
2. INFORMATIONEN ZUM FORSCHUNGSVORHABEN	141
3. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG	144
4. KATEGORISIERTE ERGEBNISTABELLE	145

1. Anschreiben

Sehr geehrte Frau.....

in den letzten Monaten sind hunderte von Flüchtlingen nach Köln gekommen. Unter ihnen befinden sich auch viele schwangere Frauen. Diese in die bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems einzubinden, ist momentan eine besondere Herausforderung.

Wir, Christiane Klekamp und Angela Rocholl sind Hebammen und studieren an der Katholischen Hochschule Köln im Masterstudiengang Pflegemanagement. Unser Vorhaben wird betreut von Frau Prof. Dr. Zwicker-Pelzer und wird sowohl vom Landesverband der Hebammen NRW, als auch dem Dachverband der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. unterstützt.

Im Rahmen unserer Masterarbeit möchten wir die Netzwerkarbeit zur Integration schwangerer Flüchtlingsfrauen in das Gesundheitssystem in Köln analysieren.

Aus diesem Grund würden wir gerne mit Ihnen oder einer, mit dem Thema vertrauten MitarbeiterIn ein kurzes Gespräch führen. Dies soll uns Informationen über den Ablauf, angefangen von der Identifizierung der Schwangeren bis zur Versorgung nach der Entlassung aus der Geburtsklinik, geben.

Unsere Ergebnisse sollen die momentane Situation aufzeigen, um daraus gegebenenfalls Veränderungen konzipieren zu können.

Nach Veröffentlichung der Arbeit sind wir sehr gerne bereit, Ihnen unsere Ergebnisse zu präsentieren.

Zwecks Terminabsprache können Sie uns per E-Mail oder unten stehender Telefonnummer kontaktieren.

Wir freuen uns sehr über eine Antwort.

Mit freundlichen Grüßen

Christiane Klekamp und Angela Rocholl

2. Informationen zum Forschungsvorhaben

Information

Bitte zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen einer Forschungsarbeit zum Thema:

Netzwerkanalyse zur Integration schwangerer Flüchtlingsfrauen in das Gesundheitssystem der Stadt Köln

Sehr geehrte

wir möchten Sie einladen, an einem Projekt teilzunehmen, das wir im Rahmen unserer Masterarbeit im Studiengang Pflegemanagement der Katholischen Hochschule Köln durchführen. Das Projekt wird im Zeitraum von Februar 2016 - Juli 2016 bearbeitet. Wir möchten dabei der Frage nachgehen:

„Wie erfolgt die Integration der schwangeren Flüchtlingsfrauen in die Vorsorge- und Versorgungssysteme des Gesundheitswesens in Köln und wie kooperieren die beteiligten Netzwerkakteure des Sozial- und Gesundheitswesens dabei?“

Das deutsche Gesundheitssystem sieht vor, dass bei der gesundheitlichen Versorgung schwangerer Frauen mehrere Akteure beteiligt sind. Dies sind im Normalfall der Frauenarzt, die Hebamme und die geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses. Diese Versorgung ist rechtlich durch mehrere Gesetzesvorgaben⁷ und Richtlinien⁸ auch mit dem Kostenträger⁹ geregelt. Das oberste Ziel ist dabei, Risiken für Mutter und Kind frühzeitig zu erkennen, gesundheitliche und soziale Defizite zu identifizieren und zu beheben. In Deutschland sozialisierte Frauen sind in dieses System integriert und bedürfen nur in Ausnahmefällen, wie Schwangerschaftskonfliktlagen, Unterstützung durch weitere Akteure.

Die Stadt Köln verfügt über eine flächendeckende Anzahl von Akteuren, die für die Versorgung der schwangeren Frauen zuständig sind. Durch die in den letzten 12 Monaten rasant angestiegene Zahl an Flüchtlingen, unter denen auch viele Schwangere sind, die aus Ländern kommen, in denen keine oder andere gesundheitliche Vorsorge- und Versorgungsstrukturen

⁷ Vgl. Ministerium für Inneres und Kommunales NRW. Landeshebbammengesetz unter https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000565 [Zugriff 9.12.2015].

⁸ Vgl. Mutterschaftsrichtlinien unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1080/Mu-RL_2015-08-20_iK-2015-11-10.pdf

⁹ Vgl. https://dejure.org/gesetze/SGB_V/24d.html

existieren, erfährt das Gesundheitssystem neue Herausforderungen.¹⁰ Sprachprobleme, fehlende Diagnostik, fehlende Versorgungskapazitäten in allen Bereichen zeigen dem System seine Grenzen. Dies weicht nicht zuletzt vom Grundgedanken, das Wohl von Mutter und Kind zu schützen, ab. Eine Betrachtung des Ist Zustandes zur Integration der schwangeren Flüchtlingsfrauen in das gesundheitliche Versorgungssystem soll Aufschluss bringen, wie die Netzwerkakteure, zu denen in diesem Fall auch die Akteure des Sozialwesens gehören, arbeiten und miteinander kooperieren.

Die Teilnahme an diesem Projekt ist freiwillig!

Sie können sich frei entscheiden, ob Sie an diesem Projekt teilnehmen möchten oder nicht. Wenn Sie Ihre Meinung ändern, können Sie Ihre Teilnahme im Verlauf der Datenerhebung ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen Nachteile entstehen. In diesem Fall werden alle erhobenen Daten, die sich auf Ihre Person beziehen, gelöscht.

Nachfolgend gehen wir auf Fragen ein, die im Zusammenhang mit einem wissenschaftlichen Projekt immer wieder gestellt werden, damit Sie eine informierte Entscheidung bezüglich der Teilnahme an diesem Projekt treffen können.

Wie ist das Vorgehen, wenn Sie an dem Projekt teilnehmen möchten?

Interview: Wir vereinbaren mit Ihnen einen Termin an einem Ort Ihrer Wahl und bitten Sie, mit uns ein Interview von ca. 30 min zu diesem Thema zu führen.

Was sollten Sie über den Ablauf des Projektes wissen?

Beim Interview werden wir Sie bitten, aus Ihrem Arbeitsbereich zu erzählen. Dabei wird eine digitale Aufnahme des Gesprächs angefertigt, die später in Text übertragen und ausgewertet wird.

Welche Vorteile erwachsen Ihnen aus der Teilnahme an dem Projekt?

¹⁰ Vgl. Gesundheit und Integration (2007): Ein Handbuch für Modelle guter Praxis. Hrsg.: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. 2. überarbeitete Auflage, Berlin. S. 7.

Möglicherweise können aus den Ergebnissen Strukturänderungen erarbeitet werden, die Ihre Arbeitsabläufe effizienter gestalten.

Was passiert mit Ihren Angaben?

Ihre Angaben werden nur auf Basis struktureller Informationen ausgewertet. Persönliche Meinungen oder nicht das Thema betreffende Angaben werden verworfen. In der Forschungsarbeit werden die Informationen Ihrer Organisation zugeordnet und der Forschungsfrage entsprechend analysiert. Die Weiterleitung nach Veröffentlichung der Arbeit ist möglich.

An wen können Sie sich wenden, wenn Sie weitere Fragen haben?

Sie können sich gerne vertretend für die Gruppe an

Angela Rocholl

████████████████████

████████████████████

angela.rocholl@arcor.de

████████████████████

Wir bitten sie, dieses Projekt durch Ihre Teilnahme zu unterstützen!

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

3. Einverständniserklärung

Einverständniserklärung zum Interview

Ansprechpartnerin bei Fragen: Angela Rocholl
angela.rocholl@arcor.de; Tel: 0177 215 59 58

**Forschungsvorhaben:
Netzwerkanalyse zur Integration schwangerer Flüchtlingsfrauen in das
Gesundheitssystem in Köln**

Ich bin über Bedeutung, Zweck und Ablauf des Forschungsvorhabens ausreichend aufgeklärt worden.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe zufriedenstellende Antworten erhalten. Im Augenblick habe ich keine weiteren Fragen.

Meine Teilnahme ist freiwillig.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme zu entschließen und weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß, dass ich meine Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Falls ich meine Teilnahme widerrufe, werden alle Daten, die sich auf meine Person beziehen, gelöscht.

Ich bin einverstanden, dass die Informationen aus den Interviews im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens und damit verbundenen Publikationen und Vorträgen genutzt werden können.

Eine Kopie der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Name, Vorname

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

4. Kategorisierte Ergebnistabelle

Akteure/Kenntnis und Zusammenarbeit/fachlicher Austausch

	Akteure/Kenntnis von Schwangeren	Zusammenarbeit/ Fachlicher Austausch
Landesverband Hebammen NRW Frau E.	<ul style="list-style-type: none"> • Ehrenamtler 	<ul style="list-style-type: none"> • DRK • Deutscher Flüchtlingsrat • Caritas • Johanniter • Ehrenamtlich organisierte Flüchtlingsorganisation • Gesundheitsamt (Leitung Frau Bunte) • Hebammenverband • eigene Berufsgruppe • Verbände, Vereine • Ehrenamtler und Hauptberufliche • Ärztinnen und Ärzte, • Krankenschwestern vor Ort • Stadt Köln
Gesundheitsamt Frau Dr. E.	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialarbeiter aus Unterkünften/vor Ort • Durch enge Vernetzung mit Entbindungskliniken • Entbindungsklinik informiert Gesundheitsamt über Frauen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialarbeiter vor Ort • vernetzt mit Entbindungskliniken • Hebamme und Familienhebamme • Zuständigkeit in Landeseinrichtung nur nach Absprache • Mitarbeiterinnen vom Gesundheitsamt (Clearingteam) • Land NRW (Unterstützung vom Gesundheitsamt) • Krankenschwester • Gynäkologen • Kinderärzte • Ärzte werden von Kinderärzten aus Uniklinik bei Impfsprechstunde unterstützt • Sozialarbeiter von Jusch (Jung und schwanger) • Kassenärztliche Verei-

	Akteure/Kenntnis von Schwangeren	Zusammenarbeit/ Fachlicher Austausch
		<p>nigung in Kontakt zu allen niedergelassenen Ärzten</p> <ul style="list-style-type: none"> • DRK (durch Arbeit in Notunterkünften) • Wohnungsamt • Jugendamt • Flüchtlingsberatungsstellen • Jobcenter • Innerhalb Gesundheitsamt haben alle Akteure, die mit Flüchtlingen arbeiten, wöchentlich „Jour fix“ • Kinderschutzbund • Krankenhäuser • Dolmetscher • Wohnungsamt und Gesundheitsamt haben Vereinbarung, Hochschwangere und Neugeborene schnell aus Turnhalle rauszuholen • Babyschlafsäcke organisiert mit Jugendamt und „Frühe Hilfen“ • Sozialamt gibt Leistungsberechtigungschein ohne Geburtsurkunde • Integrierte Flüchtlinge • Ehrenamtler • Medizinstudenten • Medizinische Flüchtlingshilfe Köln (RMCC), • Arztprechstunden in Herkulesstraße (Anbindung an andere Ärzte) • Falls Ausbruch von Windpocken in Herkulesstraße steht das Gesundheitsamt mit 20 Ärzten und Assistentinnen bereit • Kinderärzte bekommen vom Gesundheitsamt die Impfstoffe

	Akteure/Kenntnis von Schwangeren	Zusammenarbeit/ Fachlicher Austausch
		<ul style="list-style-type: none"> • Ehrenamtlich arbeitende Hebamme in Herkulesstraße • Ehrenamtlerin begleitet Frauen zu Institutionen • Infektionshygieniker • Informationsfluss geschieht meistens über die Sozialarbeiter
Amt für Wohnungswesen Frau Bo.	<ul style="list-style-type: none"> • Kollegen vor Ort, Sozialarbeiter • Bei Wohnheimen durch die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der Träger • Bei Wechsel Unterkunft durch Gesundheitsatteste • Träger schicken Flüchtlinge zum Amt, Weiterleitung zum Gutachter ins Gesundheitsamt 	<ul style="list-style-type: none"> • Hotelier bei Beherbergungsbetrieb • DRK • IB • Sozialdienst Katholischer Männer • Diakonie • Caritas-Verband • Stadtverwaltung • Gesundheitsamt • Heimleiter • Vermittlung an Eheberatungsstelle • Jugendamt • Medizinstudenten (Health Buddies) begleiten chronisch kranke Flüchtlinge • Studenten mit Sprachfähigkeiten • Runder Tisch mit Flüchtlingsrat, politischen Parteien, Kämmeri, Feuerwehr, Bauaufsichtsamt, Stadtplanungsamt • Facharbeitskreise (Arbeitskreis vom Gesundheitsamt für psychisch Kranke, Wohnungslose) • Hausmeister • Küchenpersonal • Reinigungskräfte • Krankenschwester in größeren Notaufnahmen
DRK Frau Ka.	<ul style="list-style-type: none"> • Durch kurzes Interview bei Neuzugang. Ge- 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte, Allgemeinmediziner, Pädiater, Zahn-

	Akteure/Kenntnis von Schwangeren	Zusammenarbeit/ Fachlicher Austausch
	<p>sprach über Gesundheit und Schwangerschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gespräch, wenn während Aufenthalt schwanger geworden, kommen auf Heimleitung zu 	<p>arzt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärzte mit Sprachkenntnissen • Hebammennetzwerk aufgebaut • Vermitteln an Schwangerschaftsberatungsstelle • Gesundheitsamt • Caritas • Esperanza • Krankenhäuser (St. Vincent und St. Franziskus und andere) • Krankenschwestern • Sozialarbeiter und Sozialarbeiter der Stadt • Medizinstudenten (Health Buddies) • Ehrenamtler • Sozialamt (Geld für Erstausrüstung) • Kleiderkammer • Sachbearbeiter der Stadt Köln
Uni-Klinikum Frau Kr.	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnis durch die Leiter der Einrichtung der Flüchtlingsunterkünfte • Durch Abklärung von Fragestellung wie Diagnose oder Komplikationen • Schwangere Flüchtlingsfrauen mit Beschwerden von Personen geschickt, die sie betreuen • Übersetzer, die hier schon länger leben 	<ul style="list-style-type: none"> • Johanniter • Gesundheitsamt telefonisch (Frauen zur Kontrolle geschickt) • Gesundheitsamt hat keine Informationen an Kreißsaal-Leitung geschickt • Niedergelassene Gynäkologen • Ultraschallabteilung • Gaststudenten • Verwaltung im Haus • Hebammen
St. Elisabeth Krankenhaus Frau N.	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Aufnahme der Schwangeren in Klinik, • Flüchtlingsfrauen kommen autark und zum Teil ohne vorherige Anmeldung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Austausch mit anderen Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens • Stadt Köln • Angebot zur Schwangersprechstunde von der KV abgelehnt

	Akteure/Kenntnis von Schwangeren	Zusammenarbeit/ Fachlicher Austausch
Familienhebamme Frau Z.	<ul style="list-style-type: none"> • Über „Frühe Hilfen“ der Stadt Köln als Familienhebamme • Flüchtlingsheime in Chorweiler • Durch Wohnheimleitungen der Flüchtlingsunterkünfte (bei „Kindernöte“ angerufen) • Vom Krankenhaussozialdienst Heilig-Geist-Krankenhaus 	<ul style="list-style-type: none"> • Heimleitungen • Krankenhaussozialdienst • Freiberufliche Hebammen • Gesundheitsamt • Pro familia • „Frühe Hilfen“ • Familienhebammen der Stadt Köln • Clearingstelle der Stadt Köln • Familienforum Agnesviertel (katholische Familienbildung) • DRK • SKF • Frühe Netzwerktreffen Chorweiler: Kinderärzte, Gynäkologen, viele Kindergärten, Familienzentren, Frühförderzentrum, Quäker Nachbarschaftsheim • SKF Nippes: auch freie Träger, • Hebammen und Familienhebammen • Krankenhaus • Kinderklinik • Kinderarzt • Jugendamt • Regierungsbezirk Arnsberg • Dolmetscher • Wachdienst im Wohnheim als Übersetzer • Heimleitungen • Junge Sozialpädagogen als Leitungen • Sozialdienst • Geburtshilfliches Team, kein Kontakt des KH auf kommunaler Ebene
Hebamme Frau B.	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnis durch Anruf von Heimleiter der Notunterkunft oder Ansprechpartner anderer 	<ul style="list-style-type: none"> • DRK, machen Vorsorgetermine, gemeinsame Terminabsprache • Empfehlungen von

	Akteure/Kenntnis von Schwangeren	Zusammenarbeit/ Fachlicher Austausch
	<p>Unterkünfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kirchengemeinde • kein Ansprechpartner in jeder Wohnungseinheit 	<p>Träger zur Terminierung der Besuche in der Unterkunft</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine gemeinsamen Treffen • Heimleiter • Mitarbeiter des Gesundheitsamtes • Klinik • Kirchengemeinde • Ehrenamtlerin
Gynäkologin Frau Dr. D.	<ul style="list-style-type: none"> • Heimleitungen oder DRK rufen in Praxis an 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätszirkel mit anderen niedergelassenen Frauenärztinnen und Ärzten ohne kommunale Beteiligung • Keine Beteiligung am Runden Tisch • Stadt Köln Infoabend • DRK • KV • Gesundheitsamt • Pro familia
Gynäkologin Fr. Dr. A.	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialarbeiter ruft in Praxis an • Frauen mit Englischkenntnissen rufen selber an 	<ul style="list-style-type: none"> • Treffen Kassenärztliche Vereinigung zusammen mit Gesundheitsamt, DRK, „Frühe Hilfen“, Internisten, Hausärzte und Kinderärzte • Gynäkologen • Sozialamt • Sozialarbeiter der Unterkünfte • keine Krankenhäuser am Runden Tisch vertreten
Flüchtlingsrat Frau K.	<ul style="list-style-type: none"> • Heimleitung meldet Flüchtlinge zur Rechtsberatung an 	<ul style="list-style-type: none"> • Runder Tisch: Leiterin der Ausländerbehörde, Leiterin Jugendamt, Leiterin Amt für Wohnungswesen, Vertreter der Parteien, Vertreter der Wohlfahrtsverbände (Leiter der Flüchtlingsheime), Caritas, Diakonie, Geschäftsführer des Kölner Flüchtlingsrats,

	Akteure/Kenntnis von Schwangeren	Zusammenarbeit/ Fachlicher Austausch
		<ul style="list-style-type: none"> • Sozialarbeiterinnen der Heimleitung • kein direkter Kontakt zu Gynäkologen und Krankenhäusern • keine Krankenhäuser am Runden Tisch vertreten
Beratungsstelle Pro familia Chorweiler	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Empfehlung • Ansprechpartner im Heim oder ehrenamtlichen Dolmetscher 	<ul style="list-style-type: none"> • Mutter-Kind-Stiftung • Hebamme • Niedergelassene Ärzte • Gesundheitsamt • Ärzte aus Herkulesstraße • Dolmetscher-Pool • Freiwillige Übersetzer • Psychologen-Arbeitskreis • Pro familia Bonn und NRW • Arbeitskreis mit Gynäkologinnen • Soziales Netzwerk Chorweiler • Treffen aller Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in Köln: Donum vitae, Diakonie Gesundheitsamt • Regelmäßige Treffen im Gesundheitsamt • Kontakt zu Krankenhäusern • Arbeitskreis Schwangere • Kleiderkammern • Sozialberatung • DRK • Johanniter
Beratungsstelle der Diakonie Frau D.	<ul style="list-style-type: none"> • Mund-zu-Mund-Propaganda • Sozialarbeiter Flüchtlingswohnheim • Schwangerenberatung des Gesundheitsamtes • Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsamt (medizinisches Netzwerk) • Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen • Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen • Niedergelassene Ärzte, Gynäkologen

	Akteure/Kenntnis von Schwangeren	Zusammenarbeit/ Fachlicher Austausch
		<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhäuser • „Frühe Hilfen“ • Gesundheitsbereich runder Tisch • Flüchtlingsbereich Runder Tisch • Treffen vom Arbeitskreis „Frühe Hilfen“ • Donum vitae • Mutter-Kind-Stiftung • Ausländeramt • Caritas • SKM • Flüchtlingsrat, Caritas, Robben e.V. und Agis-ra Rechtsberatung
Beratungsstelle Donum Vitae Frau Ki.	<ul style="list-style-type: none"> • Ehrenamtler, • Heimmitarbeiter DRK und SKF • Ärzte • Freunde der Schwangeren • Bekannte der Familien, Mund zu Mund Propaganda 	<ul style="list-style-type: none"> • Ehrenamtliche Gruppen • DRK • SKF • Sozialamt • Jobcenter • Ausländeramt • Kleiderkammern • Familienhebammen • Gesundheitsamt • Diakonie • gemeinsamer Arbeitskreis der Beratungsstellen • Kommunikation mit dem Sozialamt zur Gewährung der Leistungen zum Schwangerschaftsabbruch • keine Beteiligung am Runden Tisch, • Beteiligung von Beratungsstellen an kommunaler Ebene ist schwer, da sie nicht angesprochen werden • Beratungsstelle macht direkte Terminabsprache mit anderen Akteuren • bei Stadtteiltreffen ist die Mitarbeiterin der Beratungsstelle nicht

	Akteure/Kenntnis von Schwangeren	Zusammenarbeit/ Fachlicher Austausch
		integriert

Tätigkeitsbereich/Leistungen und Maßnahmen Schwangerschaft, Geburt und Schwangerschaftskonflikt

	Tätigkeitsbereich/ Leistungen	Maßnahmen Schwangerschaft, Geburt, Schwangerschaftskonflikt
Landesverband Hebammen NRW Frau E.	<ul style="list-style-type: none"> • Kreisvorsitzende, Hebamme, Koordination von Hilfeleistungen • Informationen für die einzelne Kollegin 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung und Information • Notfallpaket bei Erstaufnahme • Versorgung im Verlauf der Schwangerschaft ergibt sich aus Kompetenzbereich der jeweiligen Berufsgruppe
Gesundheitsamt Frau Dr. E.	<ul style="list-style-type: none"> • „Frühe Hilfen“ • Betreuung Schwangere und Kinder bis 3 Jahre (Bedarf und Bedürfnisse erkennen) • Zuständig für die Notunterkünfte und alle Unterkünfte auf kommunaler Ebene • Impfsprechstunde • Besichtigung Unterkünfte (Turnhallen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Erstuntersuchung keine Durchführung von Schwangerschaftstest • Bei Mädchen ab 12 Jahren Schwangerschaftstest vor Impfsprechstunde • Notfallplan mit Kliniken im Seuchenfall (Feiertag) • Mobiles System. Einzelne Notunterkünfte werden angefahren, Arztgesprächstunden, Weiterleitung an Ärzte im Bedarfsfall • Hilfsangebot im Schwangerschaftskonfliktfall durch „Jusch“ (Jung und Schwanger) • Sozialarbeiterin berät erst wenn Entscheidung für das Kind gefallen ist
Amt für Wohnungswesen Frau Bo.	<ul style="list-style-type: none"> • Leiterin des Sachgebietes Sozialer Dienst • Unterbringung aller Flüchtlinge, die sich nicht selbst versorgen • Ausstattung, Betrieb, Betreuung der Unterkünfte • Sicherstellung der Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermitteln durch Sozialarbeiter an andere Beratungsstellen • Verteilen Info-Paket für Frauen vom Gesundheitsamt (Fr. Dr. Eulgem) • Organisation von Kinderbetten und sonstige benötigte Ausstattung

	Tätigkeitsbereich/ Leistungen	Maßnahmen Schwanger- schaft, Geburt, Schwan- gerschaftskonflikt
	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Problemen Vermittlung an andere Beratungsstellen • Belegungssteuerung für Schwangere und Wöchnerinnen 	
DRK Frau Ka.	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinflusst die Koordination des medizinischen Bereichs für alle Wohnheime und Notunterkünfte des DRK • Organisiert Begleitung, psychologische Beratung und Sprechstunden 	<ul style="list-style-type: none"> • Ermittelt Bedarf an Hebammenbetreuung • Hausbegehung mit Hebamme • Kontrolle Gesundheitsstatus Kind • Terminvereinbarung bei Schwangerschaftsberatungsstelle (Schwangerschaftskonfliktfall selten) • DRK stellt Grundausstattung (Badewanne, Anziehsachen, Flasche, Nucki, Thermometer, Hygieneartikel) zur Verfügung • Vermittlung an Sozialamt und andere Beratungsstellen für die Erstausrüstung und finanzielle Unterstützung • Information über Wichtigkeit zur Einhaltung von Terminen
Uni-Klinikum Frau Kr.	<ul style="list-style-type: none"> • Leitende Hebamme • Abklärung bei Komplikationen in Schwangerschaft • Gleichbehandlung aller Frauen 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme der Schwangeren, Diagnostik und Behandlung • Infos und Vermittlung einer Hebamme zur Nachsorge durch sozialen Dienst im Haus (Info Leitung der Wochenstation.) • Aufklärung über weiteres Vorgehen vor der Entlassung • Vermittlung von Bedeutung der Kinderuntersuchungen
St.Elisabeth	<ul style="list-style-type: none"> • Leitende Hebamme 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme und Betreu-

	Tätigkeitsbereich/ Leistungen	Maßnahmen Schwangerschaft, Geburt, Schwangerschaftskonflikt
Krankenhaus Frau N.	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme der Schwangeren in der Klinik zur Spontangeburt oder geplantem operativem Eingriff • Aufklärung über Rechte und Angebot des Krankenhauses 	<ul style="list-style-type: none"> • ung der Schwangeren unter der Geburt • Ausleihen eines Maxi-Cosi (Kindersitz fürs Auto) nach Entbindung • Kein Konzept zur Betreuung der Flüchtlingsfrauen • Kein Schwangerschaftskonfliktfall bekannt
Familienhebamme Frau Z.	<ul style="list-style-type: none"> • Angestellt bei Kindernöte e.V. als Familienhebamme Stadtgebiet Chorweiler • Betreuung der Flüchtlingsfrau bis Verlegung in/aus Wohnheim • Begleitung der Frauen zu Arztbesuchen, Vorsorgeterminen, Krankenhaus • Gespräche mit Jugendämtern • leitende Hebamme des Heilig-Geist Krankenhauses 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstes Treffen mit Schwangerer oder Wöchnerin • Arzttermin • Nachsorgehebamme organisieren • Vorsorgeuntersuchung und Vorsorgen fürs Kind organisieren • Telefonate mit Bezirksregierung Arnsberg bzgl. der Verlegung Schwangerer aus der Turnhalle • Weitergabe an freiberufliche Hebamme • Begleitung zum Müttercafé • Bei Schwangerschaftskonflikt Begleitung zu Pro familia • Krankenhaussozialdienst hält Kontakt zu Leitungen Wohnheime und freien Trägern • Informationsbrief zur Weiterversorgung über Krankenhaussozialdienst

	Tätigkeitsbereich/ Leistungen	Maßnahmen Schwangerschaft, Geburt, Schwangerschaftskonflikt
Hebamme Frau B.	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgeuntersuchung für Schwangere • Wochenbettbesuche • Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> • Anmeldung der Flüchtlingsfrau in Klinik • Beratung über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett • Schwangerschaftskonflikt nicht thematisiert, nur gegenüber muttersprachiger Sozialarbeiterin
Gynäkologin Frau Dr. D.	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerenvorsorge und Beratung • Betreuung von Schwangeren mit Beschwerden • Alle Leistungen in arabischer Sprache möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung über den Ablauf der Schwangerenvorsorge • Informationen zum Aufnahmeeritus im Krankenhaus • Informationen bzgl. der Geburtsanmeldung vor Geburt in Klinik • Betreuung hört mit Nachkontrolle auf • Im Schwangerschaftskonfliktfall Weiterleitung an Pro familia
Gynäkologin Fr. Dr. A.	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgeuntersuchung für Schwangere, • Impfsprechstunde für Flüchtlinge 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgeuntersuchung für schwangere Flüchtlingsfrau • Schwangerschaftskonfliktfall nicht bekannt • Ausstellen eines Attests, um Verlassen der Notunterkünfte zu beschleunigen
Flüchtlingsrat Frau K.	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenz der Geschäftsführung (Strategieplanung, Konzeptentwicklung) • Beteiligt an der Entwicklung von Mindeststandards für Unterkünfte • Rechtsberatung für Flüchtlinge in 2 Unterkünften • Vermittlung Therapieplatz bei Trauma • Setzt sich ein für stär- 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtliche Aufklärung über Alternativen und Beratungsstellen bei Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikt • Organisiert Termin und Dolmetscher bei Beratungsstelle • Keine Fälle von Abtreibungen im Schwangerschaftskonfliktfällen bekannt

	Tätigkeitsbereich/ Leistungen	Maßnahmen Schwangerschaft, Geburt, Schwangerschaftskonflikt
	<p>kere Beachtung der Bedürfnisse Schutzbedürftiger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisiert Besuch bei Beratungsstellen und Dolmetscher 	
Beratungsstelle Pro familia Chorweiler	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaftskonfliktberatung • Ausstellung des Beratungsscheins bei Abbruch • Beratung in Schwangerschaft • Sozialberatung • psychologische Begleitung • Nachberatungen nach Entbindung (postnatale Depression) und Schwangerschaftskonfliktfall • Müttercafé • Finanzielle Unterstützungsmöglichkeit und Kostenerstattung vermitteln • Organisatorische Vorbereitung und Begleitung zur Krankenkasse • Beratung zu finanziellen Hilfen durch die Mutter-und Kind Stiftung 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaftskonfliktberatung für auf der Flucht vergewaltigte Frauen • Schwangerschaftskonfliktberatung für Flüchtlingsfrauen ohne sozialem Gefüge • Verhütungsmittel-Sprechstunde mit Ärztin in Aufnahmeeinrichtung „Herkulesstraße“ (beendet) • Maßnahmen entsprechen Tätigkeitsbereich
Beratungsstelle der Diakonie Frau D.	<ul style="list-style-type: none"> • Flüchtlingsberatungsstelle für Flüchtlinge ohne Aufenthaltsstatus • Integrationsberatung • Rückkehrberatung • Beratung für Menschen ohne Papiere • Finanzieren Schwangerschaftsabbruch • Projekte • rechtliche Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermitteln Frauen zum Gesundheitsamt und Donum vitae • Wenn Frauen „legalisiert“ sind, können sie in das Gesundheitssystem eingebunden werden • Verweisen zur Mutter-Kind-Stiftung (Gelder) • Überweisung zum Gynäkologen bei medizinischen Problemen • Keine Maßnahmen für

	Tätigkeitsbereich/ Leistungen	Maßnahmen Schwangerschaft, Geburt, Schwangerschaftskonflikt
		die Zeit nach der Entbindung
Beratungsstelle Donum vitae Frau Ki.	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaftskonfliktberatung • Beratung bei allen Themen rund um Schwangerschaft und Geburt und Zeit danach • Information über Rechte, Anspruch auf gesetzliche Leistungen • Verschriftlichung der Anträge für Sozialamt • Begleitung der ganzen Familie • Integration in bestehende Netzwerke • finanzielle Hilfen durch Mutter Kind Stiftung 	<ul style="list-style-type: none"> • Suche nach Unterbringungen für obdachlose schwangere Frauen • Aquirierung von Geldern • Versuch Aufenthaltsstatus für die Frauen zu erreichen • Hilfen organisieren, wenn die Mutter sich für das Kind entscheidet • Informationen für die Zeit nach der Geburt

Dolmetscher /Sprache und Kulturelle Eigenarten

	Dolmetscher/Sprache	Kulturelle Eigenarten
Landesverband Hebammen NRW Frau E.	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachprobleme mit Schwangeren 	<ul style="list-style-type: none"> • Hebammenbetreuung in vielen Ländern unbekannt • Balkan: Nur Clan-Chef spricht • Vorsorge hat keine Priorität für Frauen • Kolleginnen haben wenig Verständnis • Frauen werden gerne stationär aufgenommen, um zu schlafen • Unsere Standards passen nicht
Gesundheitsamt Frau Dr. E.	<ul style="list-style-type: none"> • Ehrenamtler und integrierte, ehemalige Flüchtlinge übersetzen • Medizinstudenten • Es gibt für die Frauen Infomaterial über Abteilungen des Gesundheitsamtes Gesetze und Beratungsmöglichkeiten • Es wird ein Informationsposter mit Piktogrammen und Bildern zum Thema Kindersicherheit entwickelt • Aushängeplakate zum Thema „Häusliche Gewalt“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Flüchtlingsfrauen kennen Art von Gesundheitssystem nicht • Unverständnis bei Frauen ohne Krankheit zum Arzt zu gehen • Die Prioritäten der Frauen in den Notunterkünften liegen anders • Glauben nicht, dass die Behandlung kostenlos ist • Erstuntersuchung arabischer Frauen wegen Ablehnung der Entkleidung unmöglich • Bei Schwangerschaften bei Minderjährigen besteht ein Konflikt zwischen kulturellen Eigenarten, unseren Gesetzesvorlagen und gesellschaftlichen Werten

	Dolmetscher/Sprache	Kulturelle Eigenarten
Amt für Wohnungswesen Frau Bo.	<ul style="list-style-type: none"> • Multikulturelles-Team • Google Translater • Dolmetscher • fremdsprachliche Studenten • Bekannte und Freunde von Flüchtlingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale Mitarbeiter fungieren als Kulturvermittler • Unterschiedliche Küchen • Vermittlung von Toleranz untereinander • Vermittlung an die Flüchtlinge, dass alle die gleichen Rechte und Pflichten haben
DRK Frau Ka.	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinstudenten mit Sprachkenntnissen • Ärzte mit Sprachkenntnissen in Englisch, Französisch, Arabisch, Jugoslawisch • Normale Untersuchungen beim Frauenarzt benötigen keine spezielle Übersetzung • Google-Übersetzer 	<ul style="list-style-type: none"> • Viele kulturelle Differenzen • Gesetzeslage in Deutschland anders • Konzept muss kulturell angepasst sein • Anpassung auf beiden Seiten notwendig • Ärzte und med. Personal vergessen kulturelle Eigenarten • Vorgaben (Mutterchaftsrichtlinien) engen den Handlungsspielraum ein • Kinder der Flüchtlinge stören in Arztpraxis • Nachdem man die Frauen von der Inanspruchnahme der Leistungen überzeugt hat, sind sie im Nachhinein zufrieden
Uni-Klinikum Frau Kr.	<ul style="list-style-type: none"> • Übersetzer organisieren • Uniklinik hat interne Dolmetscherliste • Dolmetscher sind nicht immer abrufbar • Gaststudenten, Damen der Reinigung, Patientenservice und Hebammen übersetzen • Kommunikationsprobleme sind alltäglich • bei der normalen Geburt benötigt man keinen Übersetzer 	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen helfen sich gegenseitig • Wille der Frau an erster Stelle • Wenn Behandlung von männlichem Arzt notwendig ist, wird dies der Frau erklärt • Frauen entbinden auch ohne männlichen Arzt • kulturelle Eigenarten werden nach Möglichkeit berücksichtigt

	Dolmetscher/Sprache	Kulturelle Eigenarten
St.Elisabeth Krankenhaus Frau N.	<ul style="list-style-type: none"> • Liste in Klinik von Mitarbeitern mit Sprachkenntnissen • Arabisch und Kurdisch gering besetzt • Bei Sprachproblemen keine Hilfe auf hausinterner oder städtischer Ebene • Versuch Familienmitglieder oder Bekannte zum Übersetzen zu finden • Von Krankenhausleitung wird ehrenamtliche Dolmetscherin aus rechtlichen Gründen abgelehnt • Frauen sind unter der Geburt ausgeliefert wegen Sprachproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen werden wenn möglich von Frauen untersucht • Abklärung von Dingen, die von der Frau abgelehnt werden • Versuch auf Wünsche einzugehen
Familienhebamme Frau Z.	<ul style="list-style-type: none"> • Spricht selber Englisch, sonst geht die Kommunikation mit Händen und Füßen • Sprachcomputer • Dolmetscher bei Geburtsanmeldung Geburt; Kreißsalführung und Geburtsvorbereitung anwesend • Familienmitglieder • Übersetzungshilfe mit Bildern • Wachdienst übersetzt mit Erlaubnis der Frauen • Übersetzung vom SKF gut geregelt • Alles vormachen • NEST-Material (einfache Sprache mit Piktogrammen) bei Sprachproblemen • Es fehlen Übersetzer und Sprachkurse • krankenhausinterne Dolmetscherliste 	<ul style="list-style-type: none"> • Integration in deutsche Gruppen wegen mangelnder Sprachkenntnisse schwierig

	Dolmetscher/Sprache	Kulturelle Eigenarten
	<ul style="list-style-type: none"> • Broschüren „Kinderernährung ohne Worte“ und „Beikost ohne Worte“ • Körpersprache und Demonstration des Sachverhaltes 	
Hebamme Frau B.	<ul style="list-style-type: none"> • „Nein“ gibt es im Arabischen nicht • Handy App • Übersetzer • Hand und Fuß • Verwandte (kann zu Missverständnissen führen) • Bildmaterial • Sozialarbeiter mit Muttersprache erlangen Anerkennung bei Flüchtlingen 	<ul style="list-style-type: none"> • Familien haben Angst vor Formalitäten • Unverständnis für Arztbesuch des Kindes bei Gesundheit • Eigene Toleranz für traditionelle Maßnahmen • Rückzug der Männer • Kinder viel zu warm angezogen • deutsche Standards können in Notunterkünften nicht umgesetzt werden
Gynäkologin Frau Dr. D.	<ul style="list-style-type: none"> • Spricht Arabisch • Selten kommen Frauen mit Dolmetscher • Bei Bosniern helfen ihre Sprachkenntnisse nicht, was ein Problem ist • Sie hat keinen Zugriff auf ehrenamtliche Dolmetscher • DRK hat zu wenige Dolmetscher 	<ul style="list-style-type: none"> • Flüchtlinge haben Angst vor ihrer Unkenntnis des Gesundheitssystems • Frau Dadough ist „Einheimische“ und kennt kulturelle Eigenarten • Balkanstaaten haben ähnliche Mentalität • In der arabischen Welt gibt es keine Gesundheitsaufklärung
Gynäkologin Fr. Dr. A.	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachliche Probleme waren Hindernis bei der Realisation des Informationsangebots in der Notunterkunft • Übersetzungen sind kompliziert • Kinder fungieren als Dolmetscher • Keine Ehrenamtler bei Vorsorgeuntersuchungen • Dolmetschen per Handy 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung über das Gesundheitssystem • Wunsch nach Schwangerschaft ist kulturell bedingt • Frauen sehen keine Notwendigkeit für eine Hebammenbetreuung • Konzept zur Integration ins Gesundheitswesen ist nicht angenommen worden • nach erstem Termin regelmäßige Besuche

	Dolmetscher/Sprache	Kulturelle Eigenarten
	<ul style="list-style-type: none"> • Sprechstunde ist durch das Übersetzungsproblem zeitaufwendiger • Es gibt Infomaterial in verschiedenen Sprachen • Dolmetschen unter Verwandten führt häufig zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis • Übersetzer erfährt alles • Ablauf der Vorsorgeuntersuchungen werden nach jedem Termin neu abgeklärt 	<p>der Frauen</p>
Flüchtlingsrat Frau K.	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachkenntnisse in Deutsch, Englisch und Portugiesisch • Sozialarbeiter im Heim haben Sprachkenntnisse für Arabisch und Serbokroatisch • Übersetzung durch Bekannte der Flüchtlinge • Ehrenamtler und vom Flüchtlingsrat bezahlte Dolmetscher • Übersetzung mit Dolmetscher dauert doppelt so lang 	<ul style="list-style-type: none"> • Kulturelle Unterschiede irrelevant • Das eigene Wissen über andere Systeme hilft ihr • Bemüht sich um gute Aufklärung • Gesundheitssystem ist den Flüchtlingen unbekannt • Frauen fehlen Infos über Leistungen, die sie in Anspruch nehmen können
Beratungsstelle Pro familia Chorweiler	<ul style="list-style-type: none"> • Dolmetscher Pool NRW ist kostenpflichtig, wird vorgestreckt und vom Land zurückerstattet • Dolmetschen in Arztpraxis wegen Zwischenübersetzung mit Ehemann zeitaufwendig • Sprechstundenhilfen mit Arabischkenntnissen • Übereinstimmungen der Übersetzungen durch Laien und Ehemann fraglich • Frauen bringen Übersetzer mit • Qualität von Laienüber- 	<ul style="list-style-type: none"> • Frau ist ohne Mann offener • Kultursensible Beratung • Frauen haben Angst, etwas zu beantragen • zu offensiver Umgang mit Tabuthemen • Flüchtlinge haben kein Wissen über eigenen Körper • Hebammenhilfe ist unbekannt • unterschiedliche Mentalitäten bei Inanspruchnahme von Leistungen • Frauen geben nicht zu, nicht lesen zu können • Frauen brauchen viel

	Dolmetscher/Sprache	Kulturelle Eigenarten
	<p>setzungen fraglich, was sich auf Arbeitsstandard auswirkt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachvokabular unbekannt • Info-Zettel in vielen Sprachen „Dolmetscher mitbringen“ • Erklärungen in unterschiedlichen Sprachen angefertigt, jedoch können die Frauen oft nicht lesen • Mit Bildern arbeiten • Kleine Vorträge zu bestimmten Themen können im Computer abgerufen werden • Verhütungsbroschüren in mehreren Sprachen (Präventionsarbeit) • Kurdisch fehlt 	<p>Transparenz und Klarheit, Sicherheit und Erklärung</p>
Beratungsstelle der Diakonie Frau D.	<ul style="list-style-type: none"> • Fremdsprachiges Ärzterverzeichnis (Gesundheitswegweiser) • Im Team viele Sprachen • Institution hat keine eigenen Dolmetscher • Klienten bringen Familienangehörige und Bekannten als Dolmetscher mit • ehrenamtliche Dolmetscher werden bei besonderer Wichtigkeit organisiert • die Übersetzer sind nicht immer geeignet • Dolmetschen über mehrere Sprachen dauert zu lange • Übersetzen durch Laien und Mann problematisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Viel Erfahrung bei Arbeit mit Kulturen • „Diversity Trainings“ • Durch Empathie für Flüchtlinge werden viele Fehler verziehen • wichtig ist, den Frauen zu zeigen, dass man auf ihrer Seite ist
Beratungsstelle Donum vitae Frau Ki.	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen bringen Dolmetscher mit • Mitarbeiter sprechen englisch und französisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Männer sind oft aggressiv gegenüber Frauen • Einstellung zum

	Dolmetscher/Sprache	Kulturelle Eigenarten
	<p>sisch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offizielle Dolmetscher • Geld für offizielle Dolmetscher wird vom Land zurückerstattet • Organisation von offiziellen Dolmetschern schwierig • Zettel mit Anweisungen, zu welchen Stellen man gehen muss • besser ist die direkte Kontaktaufnahme mit den Stellen • Gute Beratung scheidert häufig an der Übersetzungsproblematik 	<p>Schwangerschaftsabbruch ist kulturell sehr unterschiedlich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frauen sind in ihren Kulturen sehr eingebunden • Überforderung mit Anträgen • Können häufig nicht lesen • Kulturelle Eigenarten werden zur Kenntnis genommen • Der Schutz der Frau hat Priorität

Vorgaben und Qualifikation

	Vorgaben	Qualifikation
Landesverband Hebammen NRW Frau E.	<ul style="list-style-type: none"> Keine Vorgaben 	<ul style="list-style-type: none"> Keine spezielle Qualifikation
Gesundheitsamt Frau Dr. E.	<ul style="list-style-type: none"> Asylbewerberleistungsgesetz Keine Anweisungen von Land oder Bund 	<ul style="list-style-type: none"> Multiprofessionelle Mischung der Mitarbeiter ist sinnvoll durch unterschiedlichen fachlichen Fokus bei Flüchtlingen
Amt für Wohnungswesen Frau Bo.	<ul style="list-style-type: none"> Für Landesaufnahmeeinrichtungen grobe Vorgaben von Politik (Zielkonzept) Keine Vorschriften, wie viel Platz ein Flüchtling haben muss Keinen Schlüssel, wie viel Sozialarbeiter wie viele Flüchtlinge betreuen Kommunale Auflagen vom Gesundheitsamt, Bauamt, Feuerwehr (Brandschutz) Sonst keine Vorschriften 	<ul style="list-style-type: none"> Keine besondere Qualifikation
DRK Frau Ka.	<ul style="list-style-type: none"> Keine Vorgaben Unsere Vorgaben (Mutterschaftsrichtlinien) engen ein Kommunale Ebene hat die Einrichtung einer Frauentage initiiert 	<ul style="list-style-type: none"> Sozialpädagogin mit Schwerpunkt Migrationspolitik eigener Migrationshintergrund
Uni-Klinikum Frau Kr.	<ul style="list-style-type: none"> Keine Vorgaben 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Vorgaben vom Haus Gesundheitsamt bieten Informationsabende an Es gibt Fortbildungen vom Hebammenverband und Milupa, an denen die Kolleginnen freiwillig teilnehmen konnten Informationen über relevante Fortbildungen

	Vorgaben	Qualifikation
		an Mitarbeiter
St. Elisabeth Krankenhaus Frau N.	<ul style="list-style-type: none"> Keine Vorgaben 	<ul style="list-style-type: none"> Keine spezielle Qualifikation Freiwillige Fortbildungen
Familienhebamme Frau Z.	<ul style="list-style-type: none"> Keine Vorgaben vom Gesundheitsamt Keine Vorgaben bei Durchführung der Arbeit durch Verantwortlichen der Unterkunftsträger 	<ul style="list-style-type: none"> Familienhebamme (Migrationsarbeit) Fortbildungen über die türkische, arabische Kultur und Roma und Sinti Berufserfahrung
Hebamme Frau B.	<ul style="list-style-type: none"> Keine Vorgaben bei Hausbesuchen von kommunaler Ebene Es gab Anfragen vom Gesundheitsamt Berichte über die Besuche bei den Frauen zu schreiben und abzugeben Gesundheitsamt gibt Vorgaben zur Aufklärung über Risiken für Mutter und Kind aufgrund von Empfehlung klärt sie weniger auf, um nicht in Rechtsfall zu geraten 	<ul style="list-style-type: none"> Hebammen besitzen durch Arbeit interkulturelle Kompetenz Familienhebammeausbildung ist von Vorteil wegen juristischem Wissen und Arbeit mit traumatisierten Frauen
Gynäkologin Frau Dr. D.	<ul style="list-style-type: none"> Mutterschaftsrichtlinien KV Anfrage, wer extra-budgetiert arbeiten will Bei Flüchtlingen darf kein Erst-Trimester-Screening und Organ-diagnostik durchgeführt werden, gilt als IGeL Leistung 	<ul style="list-style-type: none"> Arabische Sprache
Gynäkologin Fr. Dr. A.	<ul style="list-style-type: none"> Keine Vorgaben Flüchtlingsfrauen können gleiche Leistungen in Anspruch nehmen wie andere Schwangere 	<ul style="list-style-type: none"> Keine speziellen Qualifikationen

	Vorgaben	Qualifikation
Flüchtlingsrat Frau K.	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Vorgaben • Brandschutz • Es gibt auf kommunaler Ebene keine Verpflichtung Mindeststandards zu erfüllen • keine Regelungen zur Versorgung auf kommunaler Ebene 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Angaben
Beratungsstelle Pro familia Chorweiler	<ul style="list-style-type: none"> • Es gelten die Gesetzgebungen zur Beratung im Schwangerschaftskonfliktfall • Keine Auflagen vom Verband z.B. der Psychologen 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Arbeitskreisen zum Thema Bindung/ Migration und Trauma
Beratungsstelle der Diakonie Frau D.	<ul style="list-style-type: none"> • Dublin Abkommen • EU-Richtlinie zur Identifizierung besonders Schutzbedürftiger • Standards am Runden Tisch für Flüchtlingsfragen erarbeitet (inhaltliche und ethische Standards) • Umsetzung Richtlinien zur Beratungstätigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Angaben
Beratungsstelle Donum Vitae Frau Ki.	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgabe für Genehmigung von Geldern aus der Mutter Kind Stiftung 	

Abrechnungsmodalitäten und Kommunikation

	Abrechnungsmodalitäten	Kommunikation
Landesverband Hebammen NRW Frau E.	<ul style="list-style-type: none"> • Abrechnungsmodalitäten bei Hebammen unklar, Kolleginnen wissen nicht, welche Leistungen und wie sie sie abrechnen können • Informationen zu Abrechnungen sind auf dem Internetportal zu finden 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen für die einzelne Kollegin sind notwendig • Internetseite www.hebammenhilfefu.erfluechtlinge.de • es werden Informationen für kommunale Arbeit (juristisch, ethisch und finanziell) gegeben
Gesundheitsamt Frau Dr. E.	<ul style="list-style-type: none"> • Für Landeseinrichtungen gelten andere Abrechnungsmodalitäten • Unsicherheit bei den freiberuflichen Hebammen bzgl. der Abrechnungen mit dem Sozialamt • ein Arztwechsel (Gynäkologe) in der Schwangerschaft ist abrechnungstechnisch ungünstig • Gesundheitskarte kommt für Flüchtlinge mit sicherer Ortszuweisung • Kinderärzte können Impfungen bei Impfaktionen abrechnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsblatt über notwendige Erstausrüstung entwickelt und an Unterkünfte verteilt • Informationen über das Gesundheitssystem an Flüchtlinge ist am wichtigsten
Amt für Wohnungswesen Frau Bo.	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung der Gesundheitskarte in Planung • Die Einführung der Gesundheitskarte ist für kleine Kommunen einfacher 	<ul style="list-style-type: none"> • Infomappe von Frau Dr. E. (Gesundheitsamt) • Persönliche Gespräche mit den Flüchtlingen besser zur Informationsweitergabe • Informationen der Mitarbeiter werden in Dienstbesprechungen und Besprechungen weitergegeben • geben Infomaterial weiter

	Abrechnungsmodalitäten	Kommunikation
DRK Frau Ka.	<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt keine Regelung, ob Hebammen die normalen Krankenscheine, oder spezielle Hebammenscheine verwenden sollen • Die Frauen benötigen vor der Behandlung einen Schein vom Sozialamt • Die Hebammen versuchen die Leistungen bei fehlendem Schein per Rechnung abzurechnen • Die Kostenerstattung dauert lange • Die Frau muss sich bei dem Arzt die Überweisungen abholen, bei dem sie den Schein des Sozialamtes abgegeben hat 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsweitergabe unter den Frauen mit „Mund zu Mund Propaganda“ • Persönliches Gespräch zur Informationsweitergabe effektiver als Informationsmaterial (Analphabeten) • Flüchtlinge sind mit gedrucktem Informationsmaterial überfordert • Flüchtlinge nehmen Informationen aus Broschüren wenn sie sich etabliert haben
Uni-Klinikum Frau Kr.	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Probleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Infomaterial • Das persönliche Gespräch hat Priorität • Zettel zu verteilen, hilft den Frauen nicht
St.Elisabeth Krankenhaus Frau N.	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnis über die Finanzierung durch die Stadt Köln • Die Frauen kommen mit einem Überweisungsschein, weitere Abrechnungsmodalitäten sind unbekannt 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Infomaterial
Familienhebamme Frau Z.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausstattungsmaterial für die Unterkunft wurde vom DRK erstattet • Ärzte sind nicht ausreichend über Abrechnungsverfahren informiert • Frauen müssen viele Papiere mitnehmen • Leistungsschein vom Sozialamt muss ständig kopiert werden • Gesundheitskarte wür- 	<ul style="list-style-type: none"> • Mündliche Aufklärung ist sinnvoller als Informationsmaterial

	Abrechnungsmodalitäten	Kommunikation
	<p>de helfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frauen haben bürokratische Probleme mit Scheinen für Krankheitsbehandlung 	
Hebamme Frau B.	<ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich gibt es keine Abrechnungsprobleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitswegweiser für Migranten in Köln • Handbuch des deutschen Hebammenverbandes zum Umgang mit Flüchtlingen • Informationen durch die Internetseite des Hebammenverbandes
Gynäkologin Frau Dr. D.	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Abrechnungsprobleme mit Kasse oder Stadt • Leistungen, die nicht von Krankenversicherung übernommen werden, nicht anbieten oder als IGeL-Leistung • einige Ärzte machen Sonderuntersuchungen kostenlos 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Infomaterial vorhanden
Gynäkologin Fr. Dr. A.	<ul style="list-style-type: none"> • Abrechnung klappt gut, man muss manchmal aber nachhaken, ob der Leistungsberechtigungsschein nur für die Notfallbehandlung oder auch für Regeluntersuchungen gültig ist • Sozialamt ist schwer zu kontaktieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügt über keine Informationszettel • Sieht Problematik bei Infomaterial in Vielschichtigkeit der Sprachen • Gibt persönliche Infos als Laufzettel den Frauen für die Heimleitung mit • Infomaterial in Vorbereitung • Infomaterial teils vergriffen, Auflage zu gering • Informationen sollten vor Ort in den Flüchtlingsheimen erfolgen, da grundsätzliche Informationen alle medizinischen Bereiche betreffen
Flüchtlingsrat Frau K.	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Infomaterial • Kenntnis über Telefon-

	Abrechnungsmodalitäten	Kommunikation
		<p>hotline für häusliche Gewalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unbekannt, ob Heimleiterinnen Infomaterial für Frauen bereithalten • Sieht die Kombination von Broschüre und persönlichem Gespräch als sinnvoll an • Broschüren mit grundsätzlichen Infos sind sinnvoll. Dadurch Vertiefung des Informationsgehalts in Beratung
Beratungsstelle Pro familia Chorweiler	<ul style="list-style-type: none"> • Vorfinanzierung der Dolmetscher geschieht durch Pro familia. Erstattung der Kosten vom Land NRW • Abrechnungsmodalitäten kein Aufgabengebiet • Frauen müssen für den Erhalt eines Leistungsberechtigungsschein bis nach Kalk fahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsblatt für die Kleiderkammer (wird nur verteilt) • Befürworten persönliches Gespräch
Beratungsstelle der Diakonie Frau D.	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Angaben zu Problemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Infomaterial für die Schwangerschaft ist nicht vorhanden • Mappe mit Flyern über Beratungsangebote • Detailinformationen werden den Schwangerenberatungsstellen überlassen • Flyer: „Wo gehst du jetzt hin? Zur Schwangerenberatung“ • Individuelle Beratung geschieht mündlich und inklusive Flyer oder schriftlichen Unterlagen • Beim Asylverfahren erhalten die Flüchtlinge große Mengen an Papieren zur rechtlichen Belehrung • Unwissen darüber, ob Mitarbeiter in den Ein-

	Abrechnungsmodalitäten	Kommunikation
		richtungen Infomaterial über Diakonie verteilen <ul style="list-style-type: none">• Das Ausländeramt hat mündlich und ohne Flyer an Diakonie weitergeleitet
Beratungsstelle Donum Vitae Frau Ki.	<ul style="list-style-type: none">• Keine Angaben	

Kritik/Konflikte und Verbesserungsvorschläge

	Kritik/Konflikte	Verbesserungsvorschläge
Landesverband Hebammen NRW Frau E.	<ul style="list-style-type: none"> • Es besteht ein magerer Austausch unter Fachdisziplinen • Nachhalten, dass das Angebot für Hebammenleistungen auf der Internetseite der Stadt Köln integriert wird • Kompetenzprobleme unter den Berufsgruppen • Zuständigkeitsmonopol der Hilfsorganisationen • Hebammenmangel wird in der Flüchtlingsarbeit deutlich • keine kommunale Einheit im Vorgehen bei Hilfeleistungen • Frauen bekommen keine niederschwellige Hilfe • Informationslücken bei Helfenden • Standards passen nicht auf die Situation der Frauen • Viele haben einseitige Sichtweisen, ohne Schnittstellen zu erkennen • Entscheidungsebene unklar • In Grenzregionen ist die Arbeit erschwert, da zum Teil zwei Kommunen für die Frauen zuständig sind • Überlastung aller • Struktur läuft von der Basis nach oben 	<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung eines Leitfadens und Fortbildung zum Thema : „Umgang mit Frauen aus verschiedenen Ländern“, • Sicherheitsdiensteschulen • Runder Tisch auf Landesebene (5 regionale Bezirke) unter Teilnahme von ärztlichen Vertretern, der Pflege, den Hebammen, den Flüchtlingsorganisationen, der Stadt, dem Sozialamt und Gesundheitsamt • viel mehr Vernetzung mit allen • Zuständigkeits- und Aufgabenbereiche müssen geklärt werden

	Kritik/Konflikte	Verbesserungsvorschläge
Gesundheitsamt Frau Dr. E.	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgezwungenes Wissen und System für die Flüchtlinge • Es ist schwierig, Hebammen für Notunterkünfte zu finden • Flüchtlinge sind nicht bei Arzt erschienen • Mangelndes Wissen der Flüchtlinge über Impfungen • Kommen nicht in Impfsprechstunde • Sozialarbeiter haben viele Professionen auszufüllen • Kinderärzte sind überlastet • die Wege bis zum nächsten Arzt sind weit • der Wert der Eingangsuntersuchungen wird überschätzt und dadurch Ressourcen vergeudet • Sozialarbeiter kommen direkt von der Universität • BAMF muss über alle auftretenden Krankheiten informiert werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildungen für Mitarbeiter der Unterkünfte • Sozialarbeiter müssen zu Multiplikatoren ausgebildet werden • Unterschiedliche Professionen in den Einrichtungen sollen zusammenarbeiten • Interdisziplinarität leben und zulassen
Amt für Wohnungswesen Frau Bo.	<ul style="list-style-type: none"> • Es herrscht Mangelverwaltung (Unterbringungsplätze und Personal) • Die Dringlichkeit zur Verlegung der Frauen aus den Hallen ist schwierig umzusetzen • Es gibt keine Unterbringungsressourcen • Der geltende Standard für geeigneten Wohnraum für Flüchtlinge sinkt • Keine Planung in die Zukunft möglich • unsichere Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> • Zeit haben zum Nachdenken, Planen und Konzeptionieren • Hochrechnen, was in den nächsten Jahren gebraucht wird (z. B. Kindergartenplätze) • Mehr Unterbringungsmöglichkeiten

	Kritik/Konflikte	Verbesserungsvorschläge
	<p>in Bezug auf Zuwanderung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konzepte engen ein • Mitarbeiter haben eine zu kurze Einarbeitungszeit • mehrfacher unnötiger Einsatz von Rettungsdiensten 	
DRK Frau Ka.	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen nehmen Leistungen nach einigem Druck an und sind dann zufrieden • Keine zeitlichen Kapazitäten Frauen zu fragen, ob sie schwanger sind • Es hat lange gedauert, die richtigen Hebammen für die Versorgung der Frauen zu finden • Die Versorgung Neugeborener in den sanitären Anlagen der Unterkünfte ist problematisch • Turnhallen sind als Unterbringung für Frauen katastrophal • In den Einrichtungen der Stadt Köln ist die Weiterversorgung der Wöchnerinnen ungeklärt, weil die Sozialarbeiter selten da sind • Jeder ist überfordert • Strukturen werden fast monatlich verändert • Flüchtlinge wollen nicht immer Ehrenamtler um sich haben • Turnhalle hat keine Untersuchungsräume • Personal bekommt keine Einarbeitungszeit • Ärzte machen Vorwürfe wegen fehlerhafter Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> • mehr Betreuung in Unterkünften der Stadt Köln • Abrechnungssystem verbessern

	Kritik/Konflikte	Verbesserungsvorschläge
	<ul style="list-style-type: none"> • kulturelle unüberwindbare Differenzen von Seiten der Deutschen • Mitarbeiter der Unterkünfte und des Amtes für Wohnungswesen ignorieren manchmal die Schwangerschaft und verlegen die Frauen 	
Uni-Klinikum Frau Kr.	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen geben sich als Flüchtlinge aus • Uniklinikum ist kein Auffangbecken für alle schwangeren Flüchtlingsfrauen • Mit Flüchtlingsfrauen hat man wegen der Übersetzungsschwierigkeiten einen erhöhten Aufwand • Andere Krankenhäuser schicken Flüchtlingsfrauen vermehrt in die Uniklinik • Es bedarf der Eigeninitiative des Krankenhauses, um an Informationen zu kommen • Nachsorgen können aus Mangel an Hebammen im Stadtgebiet nicht empfohlen werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Abbau von Sprachbarrieren durch mehr Übersetzer • Grundsätzlich mehr Ehrenamtler, die Flüchtlingen in allen Lebenslagen weiterhelfen • 10 Hebammenstellen von der Kommune • Dolmetscher aus Ursprungsländern, die schon länger hier leben
St. Elisabeth Krankenhaus Frau N.	<ul style="list-style-type: none"> • Verständigungsprobleme und keine Unterstützung vom Krankenhaus • Ständige Eigeninitiative zur Lösung der Problematik notwendig • Verlängerte Liegezeiten bei Flüchtlingsfrauen sind organisatorisch problematisch • es ist keine Vorgehensweise zur Entlassung vorgegeben 	<ul style="list-style-type: none"> • Konzepte sind notwendig • Kontaktadressen zu Ansprechpartnern und Hilfsangeboten sind notwendig • Informationen über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen der Frauen sind notwendig

	Kritik/Konflikte	Verbesserungsvorschläge
Familienhebamme Frau Z.	<ul style="list-style-type: none"> • In den Unterkünften des Landes wurde eine Betreuung durch Familienhebammen nicht angenommen • Frauen sollen nur in das normale System integriert werden (Vorsorge, Nachsorge, Wochenbett) • Integration in Rückbildungsgymnastikkurse ist schwierig und für die Frauen unwichtig • Frauen sind bei Beantragungen und Meldungen bei der Ausländerbehörde auf sich gestellt • Ein kommunikativer Austausch unter den Flüchtlingsfrauen war von diesen nicht gewollt • Es fehlen geeignete Wohnräume, Übersetzer, Sprachkurse • Turnhallen bieten keine Privatsphäre • Viele Flüchtlinge ohne Bleibechancen lernen kein Deutsch • Überforderung auf allen Ebenen • Junge Sozialpädagogen überfordert • Integration in deutsche Gruppen wegen Sprache schwierig • Organisation im Wohnheim Seeberg zuerst chaotisch • Eine Übersetzungshilfe bei der Begleitung zu Terminen fehlte • Ausstattung der Unterkünfte nicht funktionell • kein Informationsaus- 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Wohnsituation • Deutlich höhere Zahl an Übersetzern notwendig • Kostenlose Übersetzer für freie Träger

	Kritik/Konflikte	Verbesserungsvorschläge
	<p>tausch zwischen den unterschiedlichen Unterkunftsträgern</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Informationen der Heimleitungen über Anspruchsmöglichkeiten der schwangeren Frauen 	
Hebamme Frau B.	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnis über die Schwangere abhängig vom Träger • Turnhallen sind ungeeignet für Schwangere • Presse kommt unangemeldet in Flüchtlingsunterkunft • Schwierigkeiten der Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt wegen Gefühl der Kontrolle • Keine Kooperation mit anderen Akteuren • Austausch unter Akteuren schlecht • Flüchtlinge haben Misstrauen, weil sie viele Dokumente unterschreiben müssen • Strukturprozess läuft von unten nach oben, keine informativen Treffen vom Gesundheitsamt • Das Problem der schwangeren Flüchtlingsfrauen steht nicht im Fokus 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen über eine Ansprechpartnerin beim Gesundheitsamt oder Sozialamt wäre vorteilhaft • Aufklärung der Hebammen über juristische Hintergründe beim Asyl, zur Weitergabe an die Flüchtlingsfrauen zur Beruhigung • Runder Tisch wünschenswert • Keine Vorschriften zur Ausübung der Tätigkeit, • Leitfaden oder fachlichen Austausch in einer Gruppe Hebammen, die Flüchtlingsfrauen betreuen • Koordinator und Begleitung für Arbeit wünschenswert • Gesundheitskarte
Gynäkologin Frau Dr. D.	<ul style="list-style-type: none"> • Kein guter Informationsaustausch mit DRK • Gesundheitsamt hat die Information über arabische Sprachkenntnisse nicht weitergeleitet • Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Praxis nicht bzgl. einer Informationsveranstaltung angeschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturinformationen zum Ablauf der Versorgung der Frauen in der Schwangerschaft. Es muss eine Struktur erarbeitet werden • Bessere Unterkünfte • Unterbringung in kleinere Wohneinheiten • Informationen über das Gesundheitssystem

	Kritik/Konflikte	Verbesserungsvorschläge
	<ul style="list-style-type: none"> • allgemeiner Informationsabend der Stadt Köln war chaotisch • konkrete Ansprechpartner fehlen • Flüchtlingsfrauen schweigen aus Angst wegen Vorgeschichte im Heimatland • Überforderung aller Stellen • Nachfrage nach Hebammenbetreuung ist bei den Flüchtlingsfrauen nicht verbreitet, da Frauen schon Erfahrung haben oder Hilfe nach der Geburt von Familienangehörigen bekommen • Keine vorhandene Struktur ist größtes Problem • Bei Unterkunftswechsel geht der Kontakt zur Flüchtlingsfrau durch fehlende Weiterleitung verloren • kein Feedback über Erfolg des ausgestellten Attests • Geburtsvorbereitungskurs kann wegen Sprachproblemen nicht angeboten werden • Angebot müsste ehrenamtlich praktiziert werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Den Frauen muss nahe gebracht werden, dass das Gesundheitssystem kein Kontrollsystem ist • Runder Tisch zum Informationsaustausch über aktuellen Stand wünschenswert • Infomaterial zur Leitung der Frauen durch Schwangerschaft und Geburt wünschenswert • Gesundheitskarte

	Kritik/Konflikte	Verbesserungsvorschläge
Gynäkologin Fr. Dr. A.	<ul style="list-style-type: none"> • Flüchtlinge werden nach Geburt in andere Unterkünfte verlegt, und verlieren den Kontakt zur Praxis • Verlegungen bei Schwangeren trotz Kontraindikationen • Flüchtlinge werden grundsätzlich zu häufig verlegt • Doppelte Diagnosen sind nötig, wenn die Frauen in der Schwangerschaft verlegt werden • Familien leben zum Teil in unterschiedlichen Unterkünften derselben Stadt • Auf elektronischer Gesundheitskarte wäre nicht zu erkennen, ob sie nur für eine Notfallbehandlung einsetzbar ist • Neue Sozialarbeiter müssen sich erst einarbeiten • Ein Wechsel der Sozialarbeiter führt zum Informationsverlust • es fehlen Konzepte zur Versorgung kranker Flüchtlingsfrauen in den Sammelunterkünften und den Turnhallen • Feldbetten sind für schwangere Flüchtlingsfrauen untragbar 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialamt sollte besser zu erreichen sein • es werden mehr Mitarbeiter beim Sozialamt benötigt • Elektronische Gesundheitskarte • Frühzeitige Unterbringung schwangerer Flüchtlingsfrauen in abgeschlossene Wohneinheiten
Flüchtlingsrat Frau K.	<ul style="list-style-type: none"> • Es fehlt Info für schwangere Frauen, welche Leistungen sie in Anspruch nehmen dürfen • Kennen das Gesundheitssystem nicht • Es fehlt an Zeit, Geld, 	<ul style="list-style-type: none"> • Broschüre für grundsätzliche Informationen in Kombination mit Beratungsangebot wäre gut • Schnelle Identifizierung von schwangeren Frauen

	Kritik/Konflikte	Verbesserungsvorschläge
	<p>Personal und Räumen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangelhafte Unterkünfte für Schwangere (Abhängig von Wohnraumangel und Aufenthaltsstatus) • Personalmangel im Amt für Wohnungswesen • Stadt Köln hat kein Konzept zur Identifizierung Bedürftiger • Frauen aus sicheren Herkunftsländern haben keine Chance bessere Unterkünfte zu bekommen • kein Konzept zur Realisierung der europäischen Richtlinie • die Behandlung aller Menschen muss gleich sein 	<ul style="list-style-type: none"> • Methodik zur Identifizierung spezieller Schutzbedürftigkeit • Schnelle Lösung für Probleme während der Schwangerschaft • Unterkünfte für besonders Schutzbedürftige
<p>Beratungsstelle Pro familia Chorweiler</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen für Flüchtlinge eingeschränkt • Frauen oft Analphabetinnen • Vernetzung nur mit Eigeninitiative • Flüchtlinge sind nach Unterkunftswechsel verschwunden • DRK und andere Organisationen sind überfordert • Fluktuation der Leitungen wodurch Informationen nicht übergeben werden • Wenn bei den Treffen nichts passiert, ist dies Zeitverschwendung • Dauernde Treffen „Runder Tisch“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen brauchen viel Transparenz, Klarheit in der Informationsvermittlung, Gefühl von Sicherheit und viele Erklärungen • Geburtsvorbereitung mit Demonstrationen und Piktogrammen durch Hebammen • Informationen zu den Leistungen für schwangere Flüchtlingsfrauen

	Kritik/Konflikte	Verbesserungsvorschläge
Beratungsstelle der Diakonie Frau D.	<ul style="list-style-type: none"> • Unterbringung Katastrophe • Mangelhafte Unterbringung für Schwangere in Turnhalle • Brauchen eigene sanitäre Anlagen • Keine Information darüber, ob Mitarbeiter in Unterkünften Flyer von Diakonie verteilen • Mehr Vernetzungstreffen sind schwer zeitlich zu organisieren • Vorgänge im Asylverfahren dauern zu lange • BAMF überlastet • Die Kollegen haben die Flüchtlingsberatung häufig nicht im Blick • Durch die Flüchtlingsberatung gibt es Kontakt zu Kollegen anderer Träger • Andere Stellen messen rechtlicher Beratung wenig Bedeutung zu • Stagnation im System (z.B. neue Stellen) • Ungewissheit, ob das verabschiedete Stellenkontingent in Köln realisiert wird 	<ul style="list-style-type: none"> • Flüchtlingsberatung breiter anbieten (rechtliche und soziale Basis) • Mehr Stellen und mehr Informationen an der Basis
Beratungsstelle Donum vitae Frau Ki.	<ul style="list-style-type: none"> • Neben den neuen Flüchtlingen gibt es viele Migranten, die seit Jahren in Deutschland leben • Leistungsansprüche gelten nicht für eine medizinische Rundumversorgung • Frauen legen die Priorität nicht auf die Schwangerschaft, andere Themen sind wichtiger • Interne ideologische 	<ul style="list-style-type: none"> • Freundlicher Umgang der Akteure untereinander • Agenda für jeden Stadtteil, in dem die Ansprechpartner für unterschiedliche Belange enthalten sind • Stelle für Pflege der Informationsbroschüre muss geschaffen werden

	Kritik/Konflikte	Verbesserungsvorschläge
	<p>Problematiken unter den Beratungsstellen verhindern den Zugang der Frauen zu Hilfsangeboten</p> <ul style="list-style-type: none">• Keine Zeit für häufige Treffen der einzelnen Akteure wegen Überlastung• Beratungsstellen werden unterschiedlich finanziert• Der eine Stadtteil weiß nicht, was der andere macht• Bei den „Frühen Hilfen“ gibt es kein einheitliches Konzept• Fallzahlen müssen stimmen zur Finanzierung der Beratungsstelle	

Konzepte/Projekte/Initiativen und positive Aspekte

	Konzepte/Projekte/ Initiativen	Positive Aspekte
Landesverband Hebammen NRW Frau E.	<ul style="list-style-type: none"> • Notfallpaket zur Erstversorgung für Wöchnerinnen (in Erstaufnahmestation) • „Vor-Ort-Lösungen“ mit Ehrenamtlern • Keine Konzepte bekannt • Hebammen haben sich auf Eigeninitiative zusammengeschlossen und in den Erstaufnahmeeinrichtungen Hilfe angeboten 	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr enge und unbürokratische Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt im Rahmen der Erstversorgungspakete für Wöchnerinnen
Gesundheitsamt Frau Dr. E.	<ul style="list-style-type: none"> • Kein festes Konzept • „Jusch“ (Jung und Schwanger) • Müttersprechstunde • „Runde Tische“ • Kölner Statement zur Flüchtlingsversorgung • Entwicklung der Untersuchung für unbegleitete Minderjährige • DRK setzt Krankenschwestern in die Einrichtung, die evaluieren sollen, ob medizinische Behandlung notwendig ist • Projekt mit Bundesarbeitsgemeinschaft „mehr Sicherheit für Kinder“ • Impfsprechstunden mit Ärzten und Medizinstudenten • Kleiderkammer eröffnet (Besuch nachts möglich) 	<ul style="list-style-type: none"> • Auf kommunaler Ebene extrem guter Austausch • Große Hilfsbereitschaft in der Bevölkerung • Versuch der Familienzusammenführung der Flüchtlinge über Mitarbeiter • Gesundheitsamt dient als Informationsquelle für Kliniken über Entlassungsmöglichkeiten • Frauenärztinnen bieten jederzeit Hilfe an, wenn Gesundheitsamt Probleme mit Schwangeren in Unterkunft hat
Amt für Wohnungswesen Frau Bo.	<ul style="list-style-type: none"> • Health Buddies • Runder Tisch für Flüchtlingsfragen • Projekt zur Erarbeitung von Mindeststandards in Unterkünften 	<ul style="list-style-type: none"> • Enge Kooperation mit Kolleginnen und Kollegen aus dem Gesundheitsamt

	Konzepte/Projekte/ Initiativen	Positive Aspekte
	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitskreis Frauen auf kommunaler und Stadtteilebene, Initiative „Lebenswerte Veedel“ • Krankenschwestern in Unterkünften 	
DRK Frau Ka.	<ul style="list-style-type: none"> • Eigenes, sich auf unterschiedliche Kulturen anpassendes Konzept • Alter Krankenwagen für Turnhallen unterwegs • Medizinstudenten (Health Buddies) • DRK verteilt Erstausrüstung für Säuglinge • Sprechstunde von Kinderärzten und Allgemeinmedizinerinnen • Kooperation mit festen Nachsorgehebammen • Leitfaden wird ausgearbeitet 	
Uni-Klinikum Frau Kr.	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Konzept • Oberarzt hat zu freiwilliger Arbeit mit Flüchtlingen in der Freizeit aufgerufen; keine Resonanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Erteilung von Information für Flüchtlingsfrauen auf der Station (Kinderheft wird erklärt) • Geregelter Zusammenarbeit • Flüchtlingsfrauen sind starke Persönlichkeiten
St.Elisabeth Krankenhaus Frau N.	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Konzept bekannt 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine positiven Aussagen
Familienhebamme Frau Z.	<ul style="list-style-type: none"> • Mutter-Kind-Gruppen für Flüchtlinge • Müttercafé (Kindernöte) • Starter Paket (Flaschen, Flaschenwärmer) • Frühe Hilfe Treffen auf Stadtteilebene 	<ul style="list-style-type: none"> • Übersetzungen durch multikulturelles Personal im Krankenhaus • Frühe Netzwerktreffen immer ein reger Austausch • Kostenlose, notwendige Untersuchungen für Kinder gerne in Anspruch genommen • Berufserfahrung hilfreich • Viele materielle Spenden
Hebamme	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept Familienheb- 	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Heimleiter vom

	Konzepte/Projekte/ Initiativen	Positive Aspekte
Frau B.	<ul style="list-style-type: none"> • amme im Gesundheitsamt 	<ul style="list-style-type: none"> • DRK ganz engagiert • Viele Hilfsmöglichkeiten für Übersetzungen • Ist in der Tätigkeitsausführung tolerant • Informationen von Internetseite vom Hebammenverband super
Gynäkologin Frau Dr. D.	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätszirkel mit anderen niedergelassenen Ärzten • Kein Konzept bekannt 	<ul style="list-style-type: none"> • Sie bietet offenes Angebot, nach der Geburt mit Problemen in die Praxis zu kommen
Gynäkologin Fr. Dr. A.	<ul style="list-style-type: none"> • Kein wirkliches Konzept, gewisses Konzept aber verbesserungswürdig • Regelmäßige Treffen vom Gesundheitsamt und Kassenärztlicher Vereinigung organisiert • Frauengruppe einmal im Monat • Impfsprechstunde läuft aber schleppend • Hausärzte kommen zur Untersuchung in Einrichtung (Baumarkt) • Für Gynäkologen eingeschränkte Untersuchungsmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangere Flüchtlingsfrauen auf Grund des jungen Alters weniger krank
Flüchtlingsrat Frau K.	<ul style="list-style-type: none"> • Neue Wohngruppen vom SKM für traumatisierte Flüchtlingsfrauen • Unterkünfte für alleinreisende Frauen in Planung • Telefonhotline für Frauen, die Gewalt erfahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Thema Unterkünfte findet mehr Beachtung

	Konzepte/Projekte/ Initiativen	Positive Aspekte
Beratungs- stelle Pro familia Chorweiler	<ul style="list-style-type: none"> • Verhütungsmittel-sprechstunde Herku-lesstraße (findet nicht mehr statt) • Konzept Pro Familia Bonn • „Konzeptfindung by doing“ • Gemeinsame Treffen Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen • Soziales Netzwerk in Chorweiler • Arbeitskreis mit Gynäkologinnen • Arbeitskreis Schwangere • Viele, kleine runde Tische • Müttercafé 	<ul style="list-style-type: none"> • Pro familia Bonn hat Preis für Konzept erhalten und bilden jetzt fort • Sehr gute Vernetzung mit anderen und regelmäßige Treffen
Beratungs- stelle der Diakonie Frau D.	<ul style="list-style-type: none"> • Standards für ergebnisoffene Beratung entwickelt zum Thema Rückkehr von Flüchtlingen • Kleinkonzepte Unterbringung auf kommunaler Ebene • EU-Richtlinie zur Identifizierung Schutzbedürftiger muss umgesetzt werden • Runder Tisch für Flüchtlingsfragen • Standards von Unterbringung werden überarbeitet • Vernetzungstreffen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation und Vernetzung mit anderen Professionen in Köln sehr gut • Kooperation mit Gesundheitsamt sehr gut • Kirche finanziert neue Dreißig-Stunden-Stelle • Mehr Stellen landesweit • Rückkehrberatung auf volle Stelle aufgestockt
Beratungs- stelle Donum vitae Frau Ki.	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Gesamt- sondern nur Einzelkonzepte existent • Es gibt stadtteilbezogene Konzepte 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Angaben